



MINISTERIO  
DE SALUD

# Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH

San Salvador, El Salvador 2023



MINISTERIO  
DE SALUD

## Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH

San Salvador, El Salvador 2023

## 2023 Ministerio de Salud



Atribución-NoComercial-SinDerivadas  
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud de El Salvador  
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000  
Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

## Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya  
Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza  
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves  
Viceministra de Operaciones en Salud *Ad honorem*

## Equipo técnico

Nombre	Cargo
Dra. Ana Isabel Nieto	Jefa Unidad de Programa ITS/VIH
Dra. Alma Yanira Quezada Dr. Baltazar Arturo Carrillo	Técnicos de la Unidad de Programa ITS/VIH
Dr. Carlos Roberto Torres Dra. Mayra Sáenz de Hernández	Dirección de Regulación
Dra. María José Flores Flores	Coordinadora de Unidad de Atención Integral e Integrada a todas las formas de Violencia
Dr. Eduardo Enrique Jovel Rodríguez	Técnico Dirección Primer Nivel de Atención
Dra. Ana Beatriz Sandoval	Técnico Dirección de Hospitales
Dra. Ana Elizabeth Rodríguez de Viana	Pediatra, Hospital de la Mujer
Dra. Beatriz Eugenia Solórzano	Infectóloga, Hospital Rosales
Dr. Carlos Rafael Genovez Morán	Infectólogo, Hospital de Sensuntepeque
Lic. Carmen Margarita Lozano de Zúniga	Trabajadora Social, Hospital Zacamil
Dr. Marco Antonio Lemus Barrera	Internista, Hospital de San Vicente
Lic. Mayra Magaly Parada González	Psicóloga, Hospital San Rafael
Dra. Patricia Liseth Melgar Ventura	Internista, Hospital de Zacatecoluca
Dra. Zulma Méndez Acosta	Internista, Hospital San Rafael
Dr. Alejandro Ernesto Martínez	Representante de país ICAP, El Salvador
Dr. Oscar Manuel Francisco Villalobos	Oficial de Prevención ICAP, El Salvador

## Comité consultivo

Nombre	Cargo
Dra. Ana Estela Parada	Unidad de Programa ITS/VIH
Dra. Ana Guadalupe Monge	Epidemióloga, Hospital de Nueva Concepción.
Lic. Amelia Cabrera	Jefe Unidad Institucional de Género
Dr. Anthony Steve Quijano Rauda	Coordinador Clínica Amigable, Unidad de Salud Monserrat
Dra. Barbara Grethel Molina	Coordinadora Clínica VICITS, Unidad de Salud Barrios
Dr. Brayan Douglas Molina Valiente	Coordinador Clínica VICITS, Unidad de Salud Ahuachapán
Dr. Byron Enrique Pérez Carranza	Técnico en monitoreo UVG
Dr. Carlos Macal	Supervisor Médico FOSALUD
Dr. David Andrés Márquez Cornejo	Supervisor Médico, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
Dr. Edwin Granados	Epidemiólogo, Hospital Santiago de María
Dra. Elma Lilian Hernández	Coordinadora Clínica VICITS, Unidad de Salud Concepción
Dr. Eric Santos	Epidemiólogo, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
Dr. Gino Reyes Aguilera	Unidad de Programa ITS/VIH
Dr. Humberto Andreu	Unidad de Programa ITS/VIH
Dra. Iris Iveth Carolina Godoy	Coordinadora Clínica Amigable, Unidad de Salud de Acajutla
Dra. Johanna Yamileth Medrano de Peña	Coordinadora Clínica VICITS, Unidad de Salud Unicentro Soyapango
Dr. José Amilcar Yudis Menjívar	Coordinador ITS/VIH, Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dr. José Salvador Sorto Chacón	Unidad de Programa ITS/VIH
Dr. José Ulises Vásquez Trejo	Epidemiólogo, Hospital de Chalchuapa
Dr. Juan Aparicio	Médico, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral
Dr. Juan Carlos Navidad Orellana	Unidad de Programa ITS/VIH
Dr. Juan Tirso Conteras Rivera	Médico, Unidad de Salud Olocuilta
Dra. Kryscia Guillermina Díaz Rodríguez	Ginecóloga CENID, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
Dra. Lidia Argueta Baires	Coordinadora Clínica VICITS, Unidad de Salud San Miguel
Dra. Ligia Rivas	Coordinadora Clínica VICITS, Unidad de Salud Santiago Nonualco
Dr. Ligia Soraya Sánchez	Epidemióloga, Hospital de Suchitoto
Lic. Lilian de Argueta	Asistente en Salud, Dirección General de Centros Penales

Dr. Luis Guillermo Castaneda	Pediatra CENID, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
Dr. Manuel de Jesús Vásquez Viera	Médico, Unidad de Salud San Francisco Gotera
Dra. María Magdalena Castillo Guevara	Coordinadora Clínica VICITS, Unidad de Salud Dr. Carlos Díaz del Pinal
Dra. Mariela Larissa Fuentes	Coordinadora Clínica Amigable, Unidad de Salud San Antonio Abad
Dr. Mauricio Flores Morales	Alergólogo Pediatra, Hospital San Rafael
Dra. Mirian Carolina Pineda	Medico FOSALUD
Tec. Mónica Georgina Castillo Hernández	Unidad de Programa ITS/VIH
Dra. Nora Elvira Lara	Coordinadora Clínica VICITS, Unidad de Salud Dr. Tomas Pineda Martínez
Dra. Norma E. Ortiz de Hernández	Epidemióloga, Hospital Ciudad Barrios
Dra. Nuria Nohemí Rivera	Coordinadora Clínica VICITS, Unidad de Salud de Sonzacate
Dr. Óscar Antonio Leiva Cuestas	Pediatra, Hospital San Juan de Dios de Santa Ana
Dr. Óscar Antonio Mendoza Hernández	Coordinador Clínica Amigable, Unidad de Salud Metapán
Dr. Raúl Armando Andino Jarcia	Coordinador Clínica VICITS, Unidad de Salud San Miguelito
Dr. Reinaldo Henríquez	Epidemiólogo, COSAM Hospital Militar Central
Dr. Rene Fermín Arita	Infectólogo, COSAM Hospital Militar Central
Dr. Ricardo Antonio Reyes Chipagua	Pediatra, Hospital DE Zacatecoluca.
Dr. Ricardo Josué Castillo Machuca	Coordinador Clínica VICITS, Unidad de Salud Unicentro Soyapango.
Dr. Roberto Henríquez	Epidemiólogo, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral
Dr. Roberto Abarca	Gerencia Técnica Supervisor, FOSALUD
Dra. Roxana Guadalupe Montano Martínez	Coordinadora Clínica VICITS, Unidad de Salud de Cojutepeque
Dra. Sheila Saharina Cartagena Ramírez	Coordinadora Clínica VICITS, Unidad de Salud de Ciudad Arce
Dra. Victoria Yanet Sales Reyes	Técnica Unidad Institucional de Genero
Dra. Wendy Melara	Unidad de Programa ITS/VIH
Lic. Willian Salvador Martínez Villalta	Oficial de búsqueda activa de VIH y vinculación, Hospital Nueva Concepción
Dr. William Sosa	Técnico Dirección de Regulación, Instituto Salvadoreño del Seguro Social

## Índice

Acuerdo	9
I. Introducción	10
II. Objetivos	10
III. Ámbito de aplicación	11
IV. Contenido técnico	11
1.Exposición ocupacional al VIH	11
2.Profilaxis post exposición al VIH por violación sexual	21
3.Profilaxis post exposición al VIH por prácticas sexuales de riesgo	29
4.Monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica de la profilaxis post exposición al VIH	34
V. Disposiciones finales	36
VI. Vigencia	36
VII. Terminología	37
VIII. Bibliografía	38
IX. Anexos	39

San Salvador, 16 de noviembre de 2023

**Acuerdo n.º 2739**

**El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud**

**Considerando:**

- I. Que el artículo 65 de la Constitución de la República, determina que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento;
- II. Que el Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, en el artículo 42, numeral 2, establece que compete al Ministerio de Salud: Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población;
- III. Que la Ley del Sistema Nacional Integrado en Salud en sus artículos 1, 2, 3 y 13, que se establece un Sistema Nacional Integrado en Salud, que está constituido por las instituciones públicas y privadas que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud, siendo el Ministerio de Salud, el ente rector de dicho Sistema, por lo que está facultado para coordinar, integrar y regular el mismo;
- IV. Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 4 literal "p" de la Ley de prevención y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana, es atribución del Ministerio de Salud, actualizar la Guía Clínica de Profilaxis Post Exposición y de Bioseguridad, para el personal de salud con alto riesgo de exposición.
- V. Que el 7 de diciembre de 2012, se emitió por parte del Ministerio de Salud, la Guía Clínica de la profilaxis post exposición, la cual requiere ser actualizada en su contenido, a fin de plasmar un abordaje integral que permita reducir el riesgo de adquirir la infección por VIH, en la exposición ocupacional y la no ocupacional, en los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

POR TANTO, en uso de las facultades legales, ACUERDA emitir el siguiente:

**Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH**

## I. Introducción

Los presentes lineamientos desarrollan el manejo de la exposición ocupacional y no ocupacional al VIH. La profilaxis post exposición (PPE) al VIH, es una medida que forma parte de la prevención secundaria.

Por lo que insta a todos los profesionales de salud a practicar la prevención primaria que implica las medidas estándares o universales de bioseguridad. La aplicación de las medidas de bioseguridad disminuye el riesgo de exposición ocupacional por sangre y fluidos corporales y siguen siendo la principal herramienta para reducir los accidentes que puedan tener riesgo de adquirir el VIH, VHB y VHC.

A los profesionales de la salud, durante el proceso de formación y práctica clínica, debe asegurársele el adiestramiento en las medidas estándares de bioseguridad, así como la dotación del equipo necesario según el nivel de riesgo.

En relación a la profilaxis post exposición (PPE) no ocupacional, es una medida que forma parte de la prevención combinada para reducir el riesgo de infección por VIH, en poblaciones de alto riesgo de adquirirlo.

El personal de salud debe estar capacitado en profilaxis post exposición (PPE) no ocupacional, para brindar la atención integral a todas las personas que por causas y determinantes sociales puedan estar en condiciones de riesgo y vulnerabilidad de adquirir el VIH.

Por lo que el MINSAL presenta los lineamientos técnicos para la profilaxis post-exposición (PPE) al VIH, de cara a la disponibilidad de nuevos medicamentos antirretrovirales con menos efectos adversos, mejor barrera genética y como una medida más, en la prevención combinada.

## II. Objetivos

### General

Establecer las disposiciones técnicas para brindar atención integral en salud, dirigidas a reducir el riesgo de adquirir la infección por VIH, a través de la profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional, en los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

### Específicos

1. Establecer las disposiciones técnicas para la prevención de la transmisión del VIH por exposición ocupacional.
2. Definir las intervenciones necesarias para la profilaxis post exposición al VIH por violación sexual
3. Establecer las disposiciones técnicas para la profilaxis post exposición al VIH por prácticas sexuales de riesgo.
4. Definir los mecanismos para realizar el monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica de la profilaxis post exposición al VIH

### III. **Ámbito de aplicación**

Están sujetos a la aplicación y cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos del personal del Sistema Nacional Integrado de Salud.

### IV. **Contenido técnico**

Para el cumplimiento de los objetivos de la profilaxis post exposición al VIH debe tenerse en cuenta las siguientes características de la atención integral de las exposiciones en mención:

- a) Intersectorialidad: en el caso de violaciones sexuales, se deben incluir las instituciones que están involucradas en la atención integral: Fiscalía General de la República (FGR), Policía Nacional Civil (PNC) y Junta de Protección de la Niñez y Adolescencia (JPNA).
- b) Profilaxis con medicamentos antirretrovirales: cada caso debe ser estrictamente evaluado, cumpliendo el tiempo, la magnitud del riesgo a la exposición e informando los efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales, para evitar el abandono a la profilaxis y posibles complicaciones de salud.
- c) Reforzar la adherencia: resaltando la importancia del cumplimiento del régimen prescrito, ya que, de lo contrario, existe el riesgo de adquirir la infección por VIH.
- d) Atender con personal debidamente capacitado, la reacción al estrés producida por la exposición ocupacional, violación sexual y prácticas sexuales de riesgo.
- e) La profilaxis post exposición al VIH, no aplica en casos de personas con diagnóstico de infección por VIH.

## 1. **Exposición ocupacional al VIH**

### 1.1 **Generalidades**

Las medidas universales de bioseguridad son de estricto cumplimiento ante la prevención de la transmisión del VIH por exposición ocupacional; por ello, todo personal de salud debe ser capacitado en su aplicación. Algunas de las más importantes son:

- a) Usar adecuadamente el equipo de protección personal (de acuerdo a la actividad a realizar).
- b) Utilizar la técnica del tubo al vacío para venopunción (Vacutainer) de acuerdo con disponibilidad sobre la jeringa tradicional.
- c) Aplicar la técnica correcta del descarte de las agujas y desechos corto punzantes.

El personal de salud debe cumplir las medidas preventivas y precauciones normalizadas ante la exposición de los riesgos laborales al VIH, según lo establecido en las normativas institucionales vigentes.

Los accidentes laborales del personal de salud son la causa más frecuente de exposición ocupacional ante el riesgo de adquirir VIH, debido al contacto con sangre, sus componentes y derivados, órganos, tejidos y cadáveres.

El personal de salud que sufra un accidente laboral con exposición al VIH, debe ser referido a un establecimiento de salud del SNIS autorizado para administrar la PPE al VIH,

## **1.2 Directrices generales y consideraciones para la evaluación del riesgo de la exposición**

La exposición ocupacional al VIH es una urgencia médica, y la profilaxis debe iniciarse en las primeras 2 a 4 horas hasta un máximo de 72 horas para su efectividad. El farmacéutico asignado y/o responsable de farmacia, debe revisar periódicamente la existencia de los medicamentos antirretrovirales para la profilaxis post exposición al VIH, en sus hospitales o establecimientos autorizados por el Ministerio de Salud. Este tratamiento debe estar accesible en los establecimientos del SNIS, dependiendo del nivel de atención, las 24 horas del día, los 365 días del año.

Todo personal de salud que sufra un accidente laboral con exposición al VIH, debe ser atendido y evaluado por personal de salud capacitado en profilaxis post exposición al VIH o por el personal de mayor jerarquía o capacidad resolutive. Esta recomendación es de particular atención para los días y horas en que los establecimientos de salud, especialmente hospitalarios, se cubren por turnos. El director/a o jefe de turno del establecimiento de salud es responsable de la profilaxis post exposición al VIH.

Siempre que sea posible, la profilaxis post exposición al VIH debe ser administrada y supervisada por un médico especialista o capacitado en VIH.

### **1.2.1 Riesgo de exposición ocupacional al VIH**

El personal de salud que sufra un accidente laboral con material potencialmente infectado con VIH, debe recibir una consulta médica para valorar el riesgo de la exposición (Anexo 1. Tabla sobre Riesgo de transmisión de VIH tras exposición a una fuente infectada) y el subsecuente uso de la profilaxis post exposición al VIH.

El riesgo de adquirir la infección por VIH a través de la exposición ocupacional se clasifica en: riesgo alto, riesgo bajo o despreciable y sin riesgo, dependiendo de los siguientes factores:

- a) Dimensión de la exposición: si la exposición es significativa para la transmisión del VIH, la cual depende del tipo de exposición, mecanismo y gravedad del accidente, en términos del posible contacto con el material potencialmente infeccioso.
- b) Fuente de la exposición: es la persona de quien proviene el material potencialmente infeccioso. Debe conocerse la condición frente al VIH, la carga viral u otras ITS, de ser posible.

## 1.2.2 Dimensión de la exposición por tipo, mecanismo y gravedad del accidente laboral

Tipo de exposición:

- a) Los fluidos corporales que se consideran potencialmente infecciosos para el VIH son: sangre y sus derivados, líquido cefalorraquídeo, líquidos sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico, amniótico y la leche materna.
- b) Si bien el semen, líquido pre seminal y secreciones vaginales han sido implicados en la transmisión sexual del VIH, no se ha asociado a transmisión ocupacional del mismo.
- c) Las secreciones nasales, saliva, esputo, sudoración, lágrimas, vómito, orina y heces, no se consideran potencialmente infecciosos y no requieren profilaxis post exposición al VIH, salvo que contenga sangre visible<sup>1</sup>.

Mecanismo de exposición:

El riesgo varía de acuerdo con el material de origen potencialmente infeccioso con el que se produce la lesión, siendo de mayor riesgo cuando el accidente sucede con una aguja hueca visiblemente contaminada con sangre del paciente. También se han reportado casos secundarios a laceración con objeto cortante. Otros factores que aumentan el riesgo de transmisión son la exposición de piel, conjuntivas oculares y mucosas no íntegras (ej. dermatitis, abrasiones o laceraciones) a sangre o fluidos corporales potencialmente infectantes para el VIH.

## 1.2.3 Gravedad del accidente

- a) La transmisión del VIH está altamente asociada a lesiones profundas, sangre visible en los instrumentos con filo, procedimientos que involucran una aguja en una vena o arteria del paciente y cuando la persona con VIH se encuentra en fase avanzada<sup>2</sup>, con síndrome retroviral agudo o en fase de seroconversión.
- b) Existe una relación directamente proporcional al accidente entre volumen de sangre, carga viral y la posibilidad de seroconversión.
- c) Labilidad del VIH en el medio ambiente: los objetos o material médico fuera de uso no son contaminantes por la inactivación y consecuente muerte del virus. Aún en agua sin cloro, se desactiva en el 90% en 1 a 2 horas<sup>3</sup>.
- d) Si a la persona fuente se le administran medicamentos parenterales con descartable en "Y", al haber punción accidental con la aguja, no hay riesgo de exposición al VIH.
- e) Debe realizarse el descarte seguro de elementos corto punzantes, cumpliendo las disposiciones sobre bioseguridad, para evitar pinchazos con agujas "abandonadas".
- f) En caso de producirse el pinchazo o punción, con una aguja que fue utilizada recientemente, se debe investigar su probable procedencia y evaluar su riesgo epidemiológico. Si la aguja ha estado abandonada por algún tiempo, no se considera

---

<sup>1</sup> CDC Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis. MMWR Sep 2005;54 (No RR-09):1-17.

<sup>2</sup> Young T, Arens EJ, Kennedy GE, Laurie JW, Rutherford GW. Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2007.

<sup>3</sup> B. Moore. Survival of Immunodeficiency Virus (HIV), HIV Infected Lymphocytes, and Poliovirus in Water. Applied and Environmental Microbiology, may 1993, p. 1437 – 1443.

<sup>4</sup> Norma Técnica para Establecimientos que Manipulan Cadáveres del MINSAL (2012)  
[http://usam.salud.gob.sv/archivos/pdf/normas/Norma\\_manejo\\_cadaveres.pdf](http://usam.salud.gob.sv/archivos/pdf/normas/Norma_manejo_cadaveres.pdf)

aplicable la profilaxis post exposición al VIH, ya que de estar presente el virus, se inactiva al secarse la sangre.

#### **1.2.4 Características de la fuente de exposición**

- a) Es importante conocer el estado serológico frente al VIH, sífilis, VHB y VHC en la persona fuente. Si no se conoce el estado serológico o existe un resultado serológico no reactivo con sospecha clínica elevada, debe considerarse que existe riesgo potencial de que se encuentre infectada o en periodo de ventana.
- b) El riesgo se encuentra incrementado cuando se conoce que la persona tiene diagnóstico confirmado de VIH, sífilis, VHB y/o VHC, o en caso de que la persona fuente se encuentre con carga viral para VIH detectable con o sin tratamiento antirretroviral.
- c) Si la fuente es conocida como paciente con infección al VIH con resistencia a los ARV, el régimen de profilaxis post exposición al VIH que se indique, debe iniciarse con el mismo régimen de tratamiento antirretroviral del persona fuente y luego referirse a hospital de tercer nivel con toda la información del persona fuente, para ser evaluado por especialista en infectología.
- d) Cuando la persona fuente es desconocida o se niega a que se le realice la prueba de VIH, se debe iniciar la profilaxis post exposición al VIH.
- e) Si la prueba de VIH de la persona fuente resulta negativa, no se indica la profilaxis post exposición al VIH o se discontinúa, si se ha iniciado.

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

El médico tratante debe indicar la profilaxis post exposición al VIH, al personal de salud expuesto, según el riesgo; así como informar sobre los posibles efectos adversos de los medicamentos antirretrovirales. El personal de salud expuesto, debe decidir aceptar o no el tratamiento. En caso de no aceptar, debe firmar hoja de no aceptación de procedimientos.

### **1.3 Pasos a seguir en la profilaxis post exposición al VIH ocupacional**

Las medidas inmediatas a realizar ante la exposición a fluidos o tejidos potencialmente infecciosos en el lugar donde sucedió el accidente son:

- a) Lavar inmediatamente con agua y jabón los sitios corporales expuestos.
- b) Si es en los ojos, lavar con agua o solución salina normal al 0.9%
- c) Las mucosas expuestas deben ser inmediatamente irrigadas con agua.
- d) No debe usarse un antiséptico a base de alcohol o clorhexidina, sobre la piel expuesta.
- e) No se debe presionar, ni succionar el sitio del accidente (la piel), ya que aumenta el riesgo de adquirir la infección por VIH.
- f) No se deben utilizar agentes cáusticos (lejía), ni cepillados del área afectada.
- g) La persona afectada debe notificar inmediatamente a la jefatura, el accidente, para activar el protocolo de profilaxis post exposición al VIH en el establecimiento donde ocurre, sin prejuicios ni estigmas.

Atención médica inmediata en el establecimiento, donde ocurre el accidente laboral:

- a) Evaluación inmediata del riesgo para definir la profilaxis con medicamentos antirretrovirales idealmente en las primeras 2 horas posteriores al accidente. Ver régimen antirretroviral preferencial y alternativo.(Tablas 1-4).
- b) Simultáneamente, realizar las pruebas de laboratorio iniciales como la prueba rápida de VIH y serología para sífilis. De acuerdo con la capacidad instalada del establecimiento, realizar pruebas rápidas de hepatitis B y C, pruebas de función hepática, renal y hemograma. El resultado de estos exámenes no debe retrasar el inicio de la profilaxis post exposición al VIH.
- c) En caso que la persona fuente de la exposición, sea conocida con infección por VIH, se debe investigar: carga viral para VIH, esquema de tratamiento antirretroviral actual, coinfección con hepatitis B o C, serología para sífilis.
- d) En caso la persona fuente de exposición es desconocida a infección por VIH, se deben tomar pruebas rápidas de VIH, hepatitis B, C y serología para sífilis.
- e) Realizar las siguientes actividades
  - Consejería preprueba para VIH.
  - Consejería en adherencia a la profilaxis post exposición al VIH.
  - Enfatizar en los beneficios de la profilaxis post exposición al VIH.
  - Apoyo psicológico o psiquiátricos (según amerite el caso).
  - La profilaxis post exposición al VIH será por 30 días y se indicará en las primeras 72 horas. Ver régimen antirretroviral preferencial y alternativo tablas 1-4.
  - Según resultado de exámenes, revisar y actualizar esquema de vacunación para hepatitis B de acuerdo con normativa para personal de salud.
- f) Derivar hacia el profesional encargado del Comité de Seguridad Ocupacional del establecimiento.
- g) Llenar FVIH-07 (Anexo 2).
- h) De no contar con medicamentos antirretrovirales para la PPE, referir a un establecimiento de salud más cercano, para inicio de profilaxis post exposición al VIH (de Referencia, Retorno e Interconsulta)<sup>5 4</sup>.

---

<sup>4,5</sup> [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_tecnicos\\_referencia\\_retorno\\_interconsulta\\_riiss\\_v4](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_referencia_retorno_interconsulta_riiss_v4)

## Régimen antirretroviral preferencial para profilaxis post exposición al VIH por exposición ocupacional

**Tabla 1**

Profilaxis post exposición al VIH por exposición ocupacional de alto riesgo

Régimen antirretroviral preferencial	Concentración	Dosis	Duración
Dolutegravir/lamivudina/tenofovir disoproxil fumarato (DLT)	50/300/300 mg	Una tableta vía oral, cada 24 horas	30 días
Dolutegravir/ emtricitabina/tenofovir alafenamida	50/200/25 mg	Una tableta vía oral, cada 24 horas	30 días

**Fuente:** Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

**Tabla 2**

Profilaxis post exposición al VIH por exposición ocupacional de bajo riesgo

Régimen antirretroviral preferencial	Concentración	Dosis	Duración
Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato	200/300 mg	Una tableta vía oral, cada 24 horas	30 días

**Fuente:** Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

## Régimen antirretroviral alternativo para profilaxis post exposición al VIH por exposición ocupacional

**Tabla 3**

**Profilaxis post exposición al VIH por exposición ocupacional de alto riesgo**

Régimen antirretroviral alternativo	Concentración	Dosis	Duración
Lamivudina/zidovudina (3TC/AZT) + darunavir + ritonavir	150/300/mg + 600 mg + 100 mg	Una tableta 3TC/AZT + Una tableta darunavir + Una tableta ritonavir Vía oral, cada 12 horas	30 días
Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (FTC/TDF) + darunavir + ritonavir	200/300 mg + 600 mg + 100 mg	Una tableta FTC/TDF Vía oral cada 24 horas + Una tableta darunavir + Una tableta ritonavir Vía oral, cada 12 horas	30 días
Lamivudina/zidovudina (3TC/AZT) + atazanavir + ritonavir	200/300 mg + 300 mg + 100 mg	Una tableta 3TC/AZT vía oral cada 12 horas + Una tableta atazanavir + Una tableta ritonavir Vía oral, cada 24 horas	30 días
Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (FTC/TDF) + atazanavir + ritonavir	200/300 mg + 300 mg + 100 mg	Una tableta FTC/TDF + Una tableta atazanavir + Una tableta ritonavir Vía oral, cada 24 horas	30 días

**Fuente:** Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

**Tabla 4**

**Profilaxis post exposición al VIH por exposición ocupacional de bajo riesgo**

Régimen antirretroviral alternativo	Concentración	Dosis	Duración
Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato	200/300 mg	Una tableta vía oral, cada 24 horas	30 días

**Fuente:** Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

- i) Después de administrada la primera dosis de medicamentos antirretrovirales, el mismo día del accidente, continuar la consejería educando al personal de salud, mediante las siguientes recomendaciones para la prevención de la transmisión durante 6 meses del período post exposición:
- Dotación y uso de condón más lubricante a base de agua, en todas las prácticas sexuales, durante los siguientes 6 meses; otra opción, es elegir la abstinencia sexual; ambas medidas con el fin de impedir la transmisión sexual.
  - Evitar el embarazo, mediante anticoncepción, para impedir la transmisión madre a hijo.
  - Suspender la lactancia materna, si la hubiera.
  - Abstenerse de donar sangre, plasma, órganos, tejidos o células.
  - Dar a conocer los efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales de la profilaxis post exposición. Ver Anexo 3
  - Insistir en la adherencia. No dejar de subrayar la importancia del cumplimiento total y oportuno del tratamiento antirretroviral.
- j) Incapacidad: Según criterios médicos, establecer incapacidad por uno a tres días calendario. Considerar intolerancia a los medicamentos antirretrovirales, para evaluar continuidad de incapacidad laboral o ingreso hospitalario.
- k) En caso de embarazo no cambiar las pautas de tratamiento de la profilaxis post exposición al VIH.
- l) Establecer el plan de seguimiento: llenar adecuada y completamente el Formato de Seguimiento (FVIH-07, Anexo 2).

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

**Primeras 24 a 72 horas de la exposición ocupacional:**

- a) Reevaluar el riesgo y la indicación de la profilaxis post exposición al VIH.
- b) Ver exámenes basales.
- c) Verificar esquema de vacunación: hepatitis B, Td, neumococo, Covid-19, entre otros.
- d) Evaluar los efectos secundarios y el ingreso hospitalario.
- e) Evaluar e insistir en la adherencia.
- f) Evaluar estado psicológico para referir.
- g) Reforzar uso de condón más lubricante a base de agua.
- h) Suspensión de lactancia materna.
- i) Evaluar prórroga de la incapacidad laboral.
- j) Evaluar otras referencias.
- k) Constatar fecha de última regla.
- l) Verificar anticoncepción de emergencia.

**Control a la semana post exposición:**

- a) Evaluar adherencia y efectos secundarios y el ingreso hospitalario por efectos adversos severos.
- b) Reforzar uso de condón más lubricante a base de agua.
- c) Evaluar estado psicológico.
- d) Constatar fecha de última regla.

**Control al mes:**

- a) Verificar el apego al tratamiento anti-retroviral
- b) Indicación de pruebas rápidas de VIH, hepatitis B, hepatitis C, serología para sífilis.
- c) Verificar cumplimiento de esquema de vacunación.
- d) Cita en un mes con resultado de pruebas indicadas
- e) Constatar fecha de última regla.
- f) Reforzar uso del condón más lubricante a base de agua.

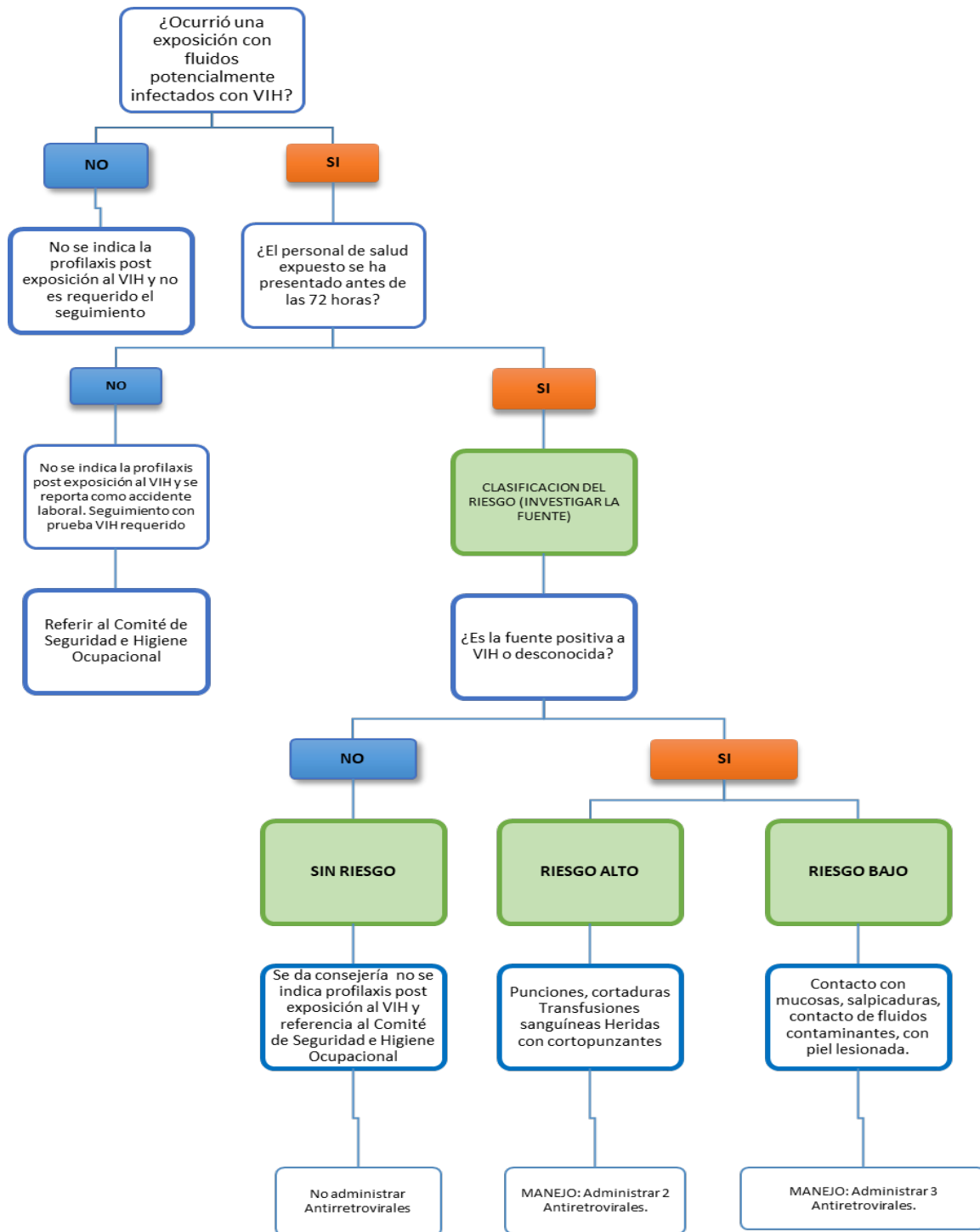
**Control a los dos meses post exposición:**

- a) Verificar resultados de pruebas de seguimiento
- b) Constatar fecha de última regla.
- c) Indicar las pruebas rápidas de VIH, hepatitis B, hepatitis C, serología para sífilis a tomarse en 6 meses post exposición.
- d) Reforzar uso de condón más lubricante a base de agua.
- e) Cumplir segunda dosis de vacunación de hepatitis B.

**Control a los seis meses:**

- a) Cumplir tercera dosis de vacunación de hepatitis B.
- b) Verificar resultados de las pruebas de seguimiento.
- c) Dar alta contra prueba negativa de VIH.
- d) Llenar FVIH-07 (Anexo 2).

Algoritmo de atención para profilaxis post exposición al VIH por exposición ocupacional.



**Fuente:** Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

## **2. Profilaxis post exposición al VIH por violación sexual**

### **2.1 Generalidades**

La violencia sexual que presenta la posibilidad de transmisión de VIH es la violación sexual<sup>6</sup>. Esta se define en el Código Penal como delito que atenta contra la libertad sexual y que consiste en el "acceso carnal por vía vaginal o anal" por medio de violencia<sup>7</sup>. De igual manera se incluye la vía oral, considerar la exposición a líquidos potencialmente infectantes a VIH e ITS en mucosas y piel para los efectos de la exposición al VIH e ITS.

La posibilidad de la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual es más alta en relaciones sexuales que incluyen violencia, por el mayor daño en tejidos que puede ocurrir. El VIH empieza a replicarse inmediatamente al entrar en el cuerpo de la persona afectada por violación sexual.

### **2.2 Directrices generales y consideraciones para definir conductas de manejo**

La violencia sexual es una urgencia médica. La profilaxis del VIH/ITS debe ser atendida en las áreas de emergencia de los establecimientos del SNIS, siendo referidas idónea y oportunamente.

Toda persona que sufre violencia sexual, debe ser atendida y evaluada por personal de salud con mejor capacidad resolutoria y determinar la necesidad de la profilaxis post exposición. Esta recomendación es de particular atención para los días y horas en que los servicios de salud, se cubren por turnos. La dirección del establecimiento de salud asigna a los responsables de la profilaxis post exposición al VIH según la capacidad instalada.

Recordar el abordaje integral de la persona afectada por violación sexual que además implica, la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual, prevención de embarazo, atención psicológica o psiquiátrica, abordaje al daño de los tejidos producto de la violación sexual y manejo del estado general.

Si la persona afectada por agresión sexual se presenta en un establecimiento del Primer Nivel de Atención, debe ser evaluada de manera integral y sin retraso. Si no tiene capacidad para iniciar la profilaxis post exposición, debe referir como emergencia al establecimiento de salud más cercano y con capacidad de brindar la profilaxis post exposición al VIH. Si hay inestabilidad en los signos vitales o lesiones que amenazan la vida, se debe proceder al manejo médico necesario para estabilizar a la persona.

#### **Prioridad de la profilaxis post exposición al VIH como urgencia de salud**

- a) La profilaxis post exposición al VIH debe ser administrada en las primeras 2 a 4 horas hasta las 72 horas, después de determinado que la agresión sexual requiere de profilaxis post exposición al VIH. Si se indica la profilaxis post exposición para el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, debe de iniciarse en ese mismo momento.
- b) El aviso debe ser efectivo a Fiscalía General de la República, Policía Nacional Civil, Junta para la Protección de la Niñez y Adolescencia y otras instancias según

corresponda<sup>5</sup> de acuerdo con lo indicado por la dirección del establecimiento. El profesional que da aviso debe identificarse a nombre del establecimiento de salud y debe asegurar que este procedimiento quede debidamente registrado en el expediente clínico.

- c) La persona afectada por agresión sexual detectada en un establecimiento de salud debe ser atendida y evaluada por Fiscalía General de la República y Policía Nacional Civil, en caso necesario, dentro del establecimiento de salud y realizar los procedimientos que les corresponde.
- d) Orientar a la persona afectada por violencia, como realizar la denuncia en el sistema legal nacional, a través de la Fiscalía General de la República. Recordando que esta es una decisión de la persona afectada por violencia.
- e) Si la persona que sufre de violencia ya ha hecho la denuncia, debe dejarse evidencia clara en el expediente clínico, por parte del personal multidisciplinario que la ha atendido.
- f) Abordaje del riesgo por violación sexual.
- g) Todas las personas que sufran violación sexual y el agresor (de ser posible), deben ser evaluadas médicamente para definir la existencia de riesgos en la exposición:
  - VIH
  - Infecciones de transmisión sexual: sífilis, gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis, hepatitis B y C.
  - Embarazo
  - Uso de drogas
  - Evaluar lesiones que comprometan la vida y requieran intervenciones de urgencia.

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

**Magnitud de la exposición:** Se considera una exposición significativa al VIH cuando hay penetración o cuando hay contacto directo de la vagina, ano o la boca con el semen o líquidos potencialmente infectantes para VIH del agresor, con o sin lesiones físicas o daño de los tejidos. Es igualmente exposición que amerita la profilaxis post exposición, cuando hay ruptura de la piel o las membranas mucosas y estas han entrado en contacto con líquidos potencialmente infectantes para VIH o semen del agresor o en el caso de mordeduras en las que haya sangre visible.

- a) La profilaxis post exposición al VIH, debe ser indicada, aunque no exista trauma visible.
- b) La profilaxis post exposición al VIH será administrada en casos de violación sexual crónica, considerando el último evento sexual. Debe valorar que la profilaxis post exposición al VIH tiene eficacia hasta 72 horas posterior a una exposición sexual de riesgo.

---

<sup>5</sup> Lineamientos técnicos de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia:  
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientosatencionintegralpersonasafectadasviolencia2019.pdf>

**Persona fuente:** Es el agresor o agresores. De ser posible debe establecerse la condición ante las ITS/VIH, o coordinar con la Fiscalía General de la República para que esta tramite la orden judicial para la toma de las pruebas serológicas del agresor.

- a) Si la condición del VIH del agresor no se conoce en el momento oportuno, se considera como fuente desconocida, lo que aporta al criterio para indicar la profilaxis post exposición al VIH de inmediato.
- b) Si la condición del agresor ante el VIH es negativa, se suspende la profilaxis post exposición al VIH. El clínico debe evaluar la continuación de la profilaxis post exposición al VIH si así lo considera, al valorar las prácticas sexuales de riesgo del agresor sexual.

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

Debe indicarse anticoncepción de emergencia, en los siguientes casos:

- a) Toda mujer en edad fértil, independientemente de su ciclo menstrual.
- b) Penetración vaginal en toda mujer en edad fértil.
- c) Sin anticoncepción permanente.

### **Profilaxis para ITS por violación sexual**

Independientemente del tipo de violación sexual, debe darse profilaxis de acuerdo con lo establecidos en los Lineamientos Técnicos para el Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis Virales<sup>7</sup>:

- a) Sífilis
- b) Gonorrea
- c) Clamidiasis
- d) Tricomoniasis
- e) Vaginosis bacteriana
- f) Valorar vacunación antitetánica, hepatitis B y contra VPH.

## **2.1. Procedimientos de la profilaxis post exposición por violencia sexual**

Al recibir a la persona afectada por violación sexual, el personal de salud debe elaborar la historia clínica y exploración física, y cumplir con los Lineamientos Técnicos de Atención Integral en Salud de las Personas Afectadas Por Violencia<sup>6</sup>, así como llenar el Formulario de Lesiones de Causa Externa (Anexo 4).

- a) Identificarse y explicar que usted es la persona que le atenderá o acompañará en su atención médica.
- b) Asegurarle un ambiente de confidencialidad y de respeto.
- c) El personal de salud debe estar sensibilizado ante los daños emocionales o psicológicos causados por la agresión sexual en la persona afectada.
- d) Si ha llegado sola/o, ofrecer llamar a un familiar o persona conocida.
- e) Llamar a otro personal de salud para acompañamiento en la atención.
- f) El médico de turno de mayor capacidad resolutoria debe cuidadosamente evaluar el riesgo de exposición para definir el uso de profilaxis post exposición al VIH.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Lineamientos técnicos para el control de las infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicositshepatitisvirales> 2019.pdf

La decisión de iniciar la profilaxis post exposición al VIH debe ser comunicada clara y sencillamente a la persona expuesta. De ser posible, debe administrarse la primera dosis en la primera hora post exposición y no después de 72 horas de la violación sexual, asegurándose que la persona afectada la acepta y que tomará completamente el régimen prescrito. Ver regímenes preferencial y alternativo en Tablas 5-7.

1. Continuar consejería, tomando en consideración el estado emocional de la persona afectada por violación sexual y su capacidad de comprensión en ese momento, describiéndole los servicios que pueden administrarse, si los acepta.
2. Tomar una muestra sanguínea basal para la detección de VIH, hepatitis B, hepatitis C, serología para sífilis y prueba de embarazo.
3. Si se inicia la profilaxis post exposición al VIH, considerar la toma de creatinina sérica, hemograma completo y pruebas de función hepática.
4. Si las lesiones amenazan la vida de la persona afectada por violación sexual, se debe proceder al manejo médico necesario hasta estabilizar al paciente. Considerar ingreso hospitalario o referencia.
5. Completar el formato para Registro de Casos Post Exposición (FVIH-07; Anexo 2) indicando claramente que es por violación sexual.

Si hay denegatoria de parte de la persona afectada por violación sexual a la profilaxis post exposición al VIH y para otras infecciones de transmisión sexual, citar y abordar en 24 horas para asegurarse que aún puede empezar en el período de las 72 horas después de la exposición. Este hecho se registra en el expediente clínico de la persona víctima de violación sexual.

Las dosis del tratamiento de la profilaxis post exposición al VIH se adecua en niñas y niños .Ver Tabla 8 y anexo 5.

### **Profilaxis post exposición al VIH por violación sexual y su respectivo régimen antirretroviral alternativo**

**Tabla 5**  
**Profilaxis post exposición al VIH por violación sexual**  
**régimen antirretroviral preferencial**

<b>Régimen antirretroviral preferencial</b>	<b>Concentración</b>	<b>Dosis</b>	<b>Duración</b>
<b>Dolutegravir/lamivudina/tenofovir disoproxil fumarato (DLT)</b>	50/300/300 mg	Una tableta vía oral, cada 24 horas	30 días
<b>Dolutegravir/ emtricitabina/tenofovir alafenamida</b>	50/200/25 mg	Una tableta vía oral, cada 24 horas	30 días

**Fuente:** Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

**Tabla 6**  
**Profilaxis post exposición al VIH por violación sexual,**  
**régimen antirretroviral alternativo**

Régimen antirretroviral alternativo	Concentración	Dosis	Duración
Lamivudina/zidovudina (3TC/AZT) + darunavir + ritonavir	150/300/mg + 600 mg + 100 mg	Una tableta 3TC/AZT + Una tableta darunavir + Una tableta ritonavir vía oral, cada 12 horas	30 días
Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (FTC/TDF) + darunavir + ritonavir	200/300 mg + 600 mg + 100 mg	Una tableta FTC/TDF vía oral cada 24 horas + Una tableta darunavir + Una tableta ritonavir vía oral, cada 12 horas	30 días

**Fuente:** Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

**Profilaxis post exposición al VIH por violación sexual**  
**para niños y niñas menores de 10 años**  
**Y su respectivo régimen antirretroviral alternativo**

**Tabla 7**  
**Profilaxis post exposición al VIH por violación sexual,**  
**en enfermedad renal crónica con TFG abajo de 30ml/min.**

Régimen antirretroviral en ERC	Concentración	Dosis	Duración
Dolutegravir (DTG) + Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC)	50 mg + 300mg + 150mg	Una tableta dolutegravir + Vía oral, cada 24 Horas + Una tableta AZT Vía oral, cada 12 Horas + Una tableta 3TC vía oral cada 24 horas	30 días

**Fuente:** Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

**Tabla 8**  
**Régimen profilaxis post exposición al VIH de tres medicamentos para niños y niñas menores de 10 años.**  
**Duración: 30 días.**

Régimen	Combinación de dos nucleótidos	Tercer medicamento
<b>Preferente</b>	Zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC)	Dolutegravir DTG
<b>Alternativo</b>	Abacavir (ABC) + lamivudina (3TC)	Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
	Abacavir (ABC) + lamivudina (3TC)	Darunavir + ritonavir (DRV +RTV)

Fuente: Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

**Dosis y presentaciones pediátricas** (ver anexo 5)

En casos de no estar indicada la vía oral: Usar zidovudina (AZT) endovenosa, iniciar con dosis de carga de zidovudina (AZT) EV 2 mg/kg a pasar en una hora y mantenimiento de 1 mg/kg/hora hasta recuperar la vía oral.

Para el resto de medicamentos antirretrovirales de presentación farmacéutica sólido oral, evaluar la administración de las dosis, por sonda orogástrica.

Ver en anexo 3: Cuadro de presentaciones, dosis, efectos adversos y contraindicaciones de medicamentos antirretrovirales usados en profilaxis post exposición al VIH.

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

- a) Impedir la transmisión sexual y evitar el embarazo.
- b) Uso correcto y consistente de condón y lubricantes a base de agua, durante los siguientes meses hasta el alta.
- c) Suspender la lactancia materna, si la hubiera.
- d) En caso de embarazo, no cambiar las pautas de tratamiento de profilaxis post exposición al VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- e) No donar sangre, plasma, órganos, tejidos o esperma.
- f) Insistir en la adherencia, si hubiera intolerancia a la vía oral, ingreso hospitalario.
- g) Inmunizaciones contra hepatitis B, Td y VPH de acuerdo con su esquema de vacunación.
- h) Referir para evaluación ginecológica.
- i) Referencia a atención psicológica para intervención en crisis.
- j) Área de psicología o médico tratante evaluará referencia a psiquiatría.
- k) Citar a las 24 a 72 horas y reforzar estas indicaciones. Recordar que por el estado de la persona afectada por violación sexual no puede asimilar todas las recomendaciones y tratamientos administrados.

- l) Completar el FVIH-07: a la inscripción, a la semana, a los dos meses y a los 6 meses (cierre de caso).
- m) Incapacidad: se extiende de acuerdo con la seriedad del daño en tejidos y al impacto psicológico producido. Incluir a la población estudiantil para efectos de extender incapacidad. Considerar intolerancia a los medicamentos antirretrovirales para evaluar continuidad de incapacidad laboral o ingreso hospitalario.
- n) Completar el formato de seguimiento FVIH-07 (Anexo 2).
- o) En caso de haber seroconversión en cualquier momento del período de seguimiento, continuar manejo como caso VIH; se clasifica el modo de transmisión como caso de "infección por violación sexual".

El seguimiento se detalla a continuación.

**Primeras 24–72 horas de la exposición por violación sexual:**

- a) Reevaluar el riesgo y la indicación de la profilaxis post exposición al VIH.
- b) Ver exámenes basales.
- c) Verificar esquema de vacunación: hepatitis B, Td y VPH, según esquema nacional de vacunación.
- d) Evaluar los efectos secundarios e ingreso hospitalario.
- e) Evaluar e insistir en la adherencia.
- f) Evaluar estado psicológico para referir a manejo especializado.
- g) Reforzar uso correcto y consistente de condón y lubricantes a base de agua.
- h) Verificar la suspensión de la lactancia materna.
- i) Verificar referencia para evaluación ginecológica.
- j) Evaluar prórroga de la incapacidad laboral o estudiantil.
- k) Evaluar referencias a otras especialidades.
- l) Verificar anticoncepción de emergencia
- m) Verificar referencia efectiva a psicólogo o psiquiatría de acuerdo estado emocional.
- n) Verificar llenado de FVIH-07 (Anexo 2).

**Control a la semana post exposición:**

- a) Evaluar adherencia y efectos secundarios e ingreso hospitalario por efectos adversos severos.
- b) Indicar exámenes de seguimiento para ser tomados en siete semanas: prueba para VIH, hepatitis B, C y serología para sífilis.
- c) Reforzar uso correcto y consistente de condón y lubricantes a base de agua.
- d) Evaluar estado psicológico
- e) Verificar vacunación con hepatitis B, Td y VPH.
- f) Completar el FVIH-07 (Anexo 2).

**Control a los dos meses post exposición:**

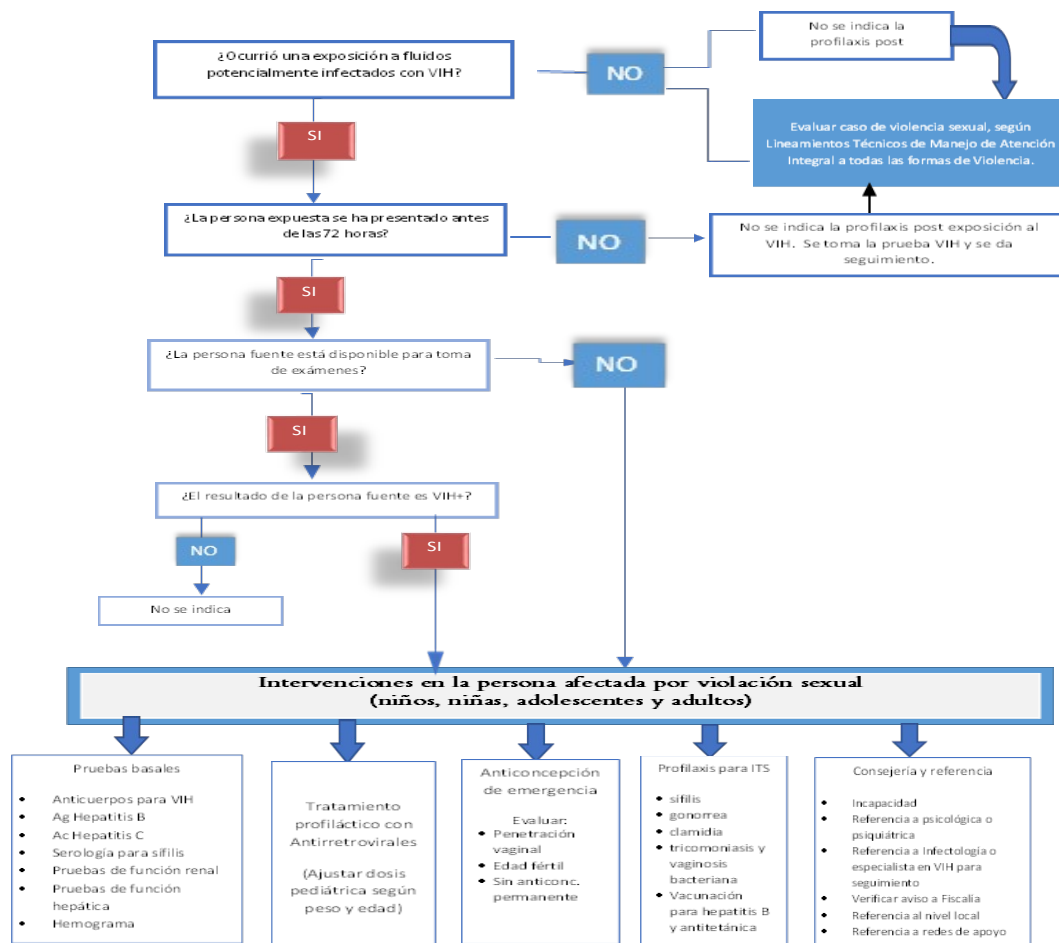
- a) Verificar cumplimiento de la profilaxis post exposición al VIH.
- b) Verificar resultados de pruebas de seguimiento anteriormente indicadas.
- c) Constatar fecha de última regla.

- d) Indicar la prueba VIH, serología para sífilis, hepatitis B y C a tomarse en cinco meses post exposición.
- e) Referir para evaluación ginecológica.
- f) Cumplir segunda dosis de vacunación de hepatitis B.
- g) Reforzar uso correcto y consistente de condón y lubricantes a base de agua.
- h) Verificar referencia efectiva a psicólogo o psiquiatría de acuerdo estado emocional.
- i) Completar FVIH-07 (Anexo 2)

**Control a los seis meses, post exposición:**

- a) Cumplir tercera dosis de vacunación de hepatitis B.
- b) Verificar resultados de las pruebas de seguimiento.
- c) Verificar referencia efectiva a psicólogo o psiquiatría de acuerdo estado emocional.
- d) Dar alta contra prueba de VIH con resultado no reactivo o referencia a otras especialidades según amerite el caso.
- e) Completar FVIH-07 (Anexo 2)

**Algoritmo de atención de la profilaxis post exposición al VIH por violación sexual**



**Fuente:** Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

### 3. **Profilaxis post exposición al VIH por prácticas sexuales de riesgo**

La profilaxis post exposición al VIH y para otras infecciones de transmisión sexual, está indicada posterior a una potencial exposición al VIH por prácticas sexuales consensuadas. La recomendación, de los CDC, es que la profilaxis post exposición al VIH es efectiva en las primeras 72 horas posterior a la exposición y deberá continuar el esquema por 30 días. <sup>(1,2)</sup>

El alto riesgo por exposición al VIH por prácticas sexuales involucra los siguientes aspectos : <sup>(1,2)</sup>

- a) Prácticas sexuales sin protección o ruptura de condón, con una persona seropositiva a VIH sin tratamiento o sin supresión viral. <sup>(1,2)</sup>
- b) Prácticas sexuales sin protección o ruptura de condón con una persona que desconozca su estado serológico a VIH. <sup>(1,2)</sup>
- c) Chemsex: prácticas sexuales bajo efecto de sustancias psicoactivas, que alteran el estado de conciencia y alerta de la persona, propiciando relaciones sexo coitales desprotegidas.

No todas las prácticas sexuales son de alto riesgo, de ahí, que es fundamental que el personal realice un interrogatorio acucioso y metódico sobre las características de la práctica sexual. Deben considerarse las siguientes características como de alto riesgo: <sup>(1)</sup>

- a) Penetración anal o vaginal traumática con evidencia de sangrado.
- b) Penetración anal o vaginal sin condón.
- c) Ruptura de condón durante la práctica sexual.
- d) Penetración de la cavidad anal o vaginal independientemente de la duración del acto sexual.
- e) Práctica sexual oral sin protección con riesgo asociado a contacto oral con sangre menstrual, lesiones evidentes de ITS, encías sangrantes o llagas en boca, pene, ano o vagina.

Entre los fluidos corporales que pueden contener el VIH y transmitir la infección a una persona seronegativa se encuentran: semen, líquido pre seminal, fluidos vaginales y sangre.

#### **3.1 Prescripción de la profilaxis post exposición para riesgo por prácticas sexuales**

A criterio del médico, tomando las consideraciones antes expuestas y cumpliendo el tiempo antes de 72 horas, se provee una profilaxis que comprenden tres medicamentos antirretrovirales por 30 días.

Debe hacerse hincapié en la importancia de la adherencia al medicamento antirretroviral para que este método de prevención reduzca el riesgo de infección al VIH.

Previo a la oferta de profilaxis post exposición al VIH, deberá hacerse una prueba rápida de VIH al solicitante y puede procederse de dos maneras: <sup>(2)</sup>

- a) Prueba rápida de VIH confirmada positiva: no debe indicarse profilaxis post exposición al VIH, es necesario referir e iniciar lo más pronto posible el tratamiento antirretroviral.
- b) Prueba rápida de VIH negativa: debe indicarse el esquema de tres medicamentos antirretrovirales por 30 días, como profilaxis post exposición al VIH, ver régimen preferencial y alternativo en tablas 9-11.
- c) preferencial y alternativo en tablas 9-11.
- d) Indicar pruebas de laboratorio para las infecciones de transmisión sexual e iniciar tratamiento y/o profilaxis, de acuerdo a resultado.

### 3.2 Consideraciones especiales

En las personas que han superado las 72 horas posteriores a la exposición, no se recomienda la profilaxis post exposición para VIH, por lo cual debe procederse con el descarte de la infección por VIH mediante pruebas rápidas de VIH. Es importante que se brinde consejería para ITS/VIH, haciendo énfasis en la protección contra la infección por VIH y no contra otras infecciones de transmisión sexual.

Es necesario realizar un tamizaje completo de pruebas para descartar otras infecciones de transmisión sexual (sífilis, hepatitis B y hepatitis C) y dar su debido manejo y seguimiento. La presencia de una o varias infecciones de transmisión sexual no es contraindicación para prescribir la profilaxis post exposición al VIH. Así como cumplir con el esquema de vacunación contra hepatitis B. <sup>(2)</sup>

Las personas que acudan a los servicios de salud solicitando en forma recurrente la profilaxis post exposición al VIH y que se encuentren en alto riesgo de contraer la infección por VIH, deben ser evaluadas para la oferta de profilaxis preexposición (PrEP) continua, después de haber sido confirmadas seronegativas al VIH, según Lineamientos técnicos para la profilaxis preexposición al VIH. <sup>(2)</sup>

**Tabla 9**  
**Profilaxis post exposición al VIH por práctica sexual**  
**régimen antirretroviral preferencial**

Régimen antirretroviral preferencial	Concentración	Dosis	Duración
Dolutegravir/lamivudina/tenofovir disoproxil fumarato (DLT)	50/300/300 mg	Una tableta vía oral, cada 24 horas	30 días
Dolutegravir/ emtricitabina/tenofovir alafenamida	50/200/25 mg	Una tableta vía oral, cada 24 horas	30 días

**Fuente:** Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

**Tabla 10**  
**Profilaxis post exposición al VIH por práctica sexual,**  
**régimen antirretroviral alternativo**

Régimen antirretroviral alternativo	Concentración	Dosis	Duración
Fumarato (FTC/TDF) + darunavir emtricitabina/tenofovir disoproxil + ritonavir	200/300 mg + 600 mg + 100 mg	Una tableta FTC/TDF vía oral cada 24 horas + Una tableta darunavir + Una tableta ritonavir vía oral, cada 12 horas	30 días

Fuente: Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

**Tabla 11**  
**Profilaxis post exposición al VIH por práctica sexual En enfermedad renal**  
**crónica con TFG abajo de 30ml/min.**

Régimen antirretroviral en ERC	Concentración	Dosis	Duración
Dolutegravir (DTG) + Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC)	50 mg + 300mg + 150mg	Una tableta dolutegravir + vía oral, cada 24 horas + Una tableta AZT Vía oral, cada 12 horas + 1 tableta 3TC vía oral cada 24 horas	30 días

Fuente: Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

## Seguimiento

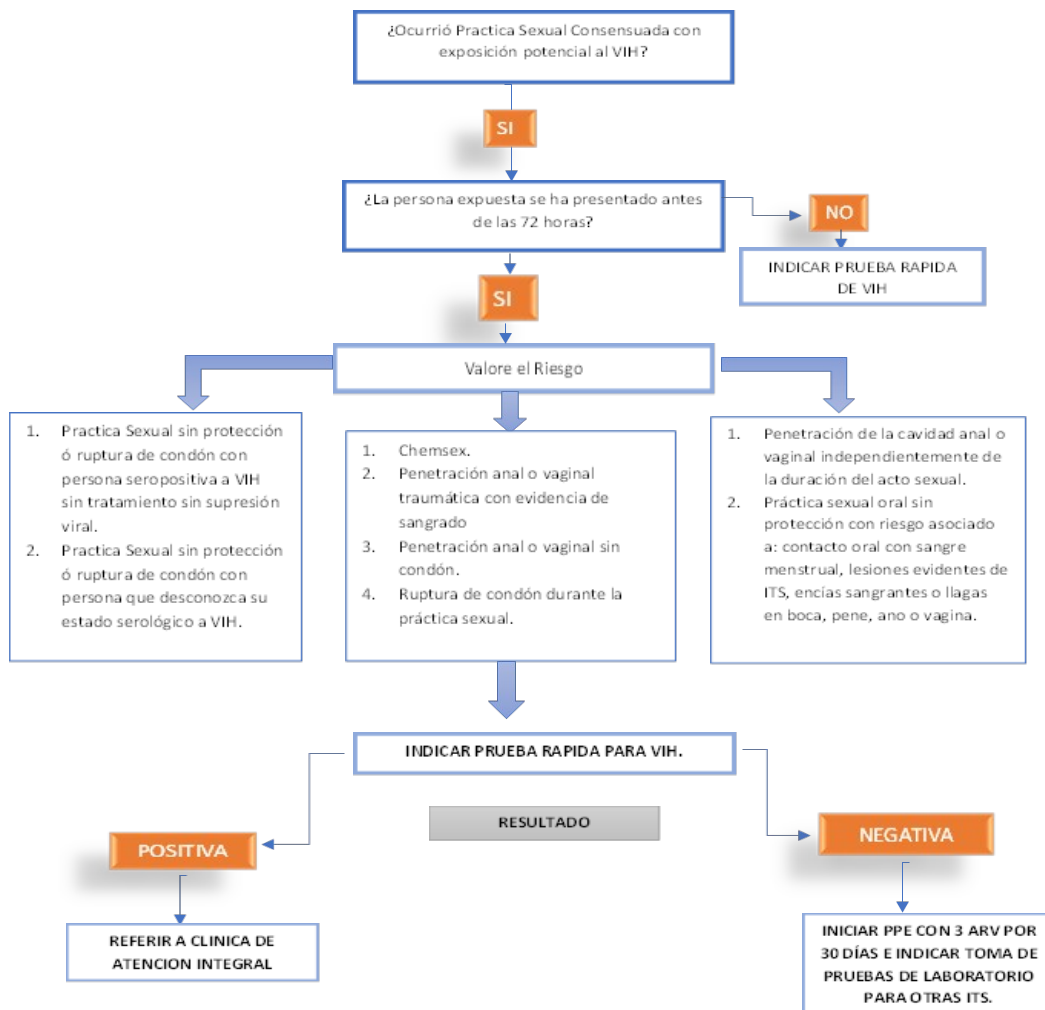
- A. Después de administrada la primera dosis oral, continuar la consejería cumpliendo las siguientes recomendaciones:
- Impedir la transmisión sexual y evitar el embarazo.
  - Uso correcto y consistente de condón y lubricante a base de agua, durante los siguientes meses hasta el alta.
  - Suspender la lactancia materna.
  - No donar sangre, plasma, órganos, tejidos o células.
  - Enfatizar en la adherencia. Brindar consejería en adherencia por personal capacitado.
  - En los casos de intolerancia a la vía oral, valorar el ingreso hospitalario.
  - Inmunizar contra hepatitis B, Td y VPH, de acuerdo a Esquema Nacional de Vacunación.

- En caso de embarazo, no cambiar las pautas de profilaxis post exposición al VIH. (Referir a la Clínica de Alto Riesgo Reproductivo de la red).
  - Citar dentro de las 72 horas y reforzar estas indicaciones.
  - Completar el FVIH-07 (Anexo No. 2).
- B. Establecer el plan de seguimiento:
- Reevaluar el riesgo y la indicación de la profilaxis post exposición al VIH.
  - Verificar anticoncepción de emergencia.
  - Evaluar los efectos secundarios e ingreso hospitalario.
  - Evaluar y reforzar adherencia.
  - Reforzar uso correcto y consistente de condón y lubricante a base de agua.
  - Suspensión de lactancia materna.
  - Verificar exámenes basales.
  - Verificar esquema de vacunación: hepatitis B, Td y Virus del Papiloma Humano.
  - Evaluar estado psicológico para referir a manejo especializado.
  - Evaluar prórroga de la incapacidad laboral o estudiantil.
  - Evaluar referencias a otras especialidades.
  - Completar FVIH-07 (Anexo 2).
- C. Control a la semana post exposición:
- Evaluar adherencia y efectos secundarios.
  - En caso de efectos adversos severos suspender PPE y referir al hospital correspondiente.
  - Reforzar uso correcto y consistente de condón y lubricantes a base de agua.
  - Reforzar consejería en prevención de salud sexual.
  - Verificar vacunación con hepatitis B, Td y Virus del Papiloma Humano.
  - Evaluar referencia a psicología.
  - Indicar exámenes de seguimiento para ser tomados en siete semanas: prueba para VIH, hepatitis B, C y serología para sífilis.
  - Completar FVIH-07 (Anexo 2).
- D. Control a los 2 meses post exposición:
- Verificar cumplimiento de la profilaxis post exposición al VIH.
  - Verificar resultados de pruebas de seguimiento anteriormente indicadas.
  - Constatar fecha de última regla.
  - Reforzar uso correcto y consistente de condón y lubricantes a base de agua.
  - Reforzar consejería en prevención de salud sexual
  - Referir para evaluación ginecológica.
  - Evaluar referencia a psicología.
  - Valorar referencia a PrEP (profilaxis preexposición al VIH).
  - Indicar la prueba VIH, serología para sífilis, hepatitis B y C a tomarse en cinco meses post exposición.
  - Completar FVIH-07 (Anexo 2).

E. Control a los 6 meses:

- Cumplir tercera dosis de vacunación de hepatitis B.
- Verificar resultados de las pruebas de seguimiento.
- Verificar referencia efectiva a psicólogo o psiquiatra de acuerdo estado emocional.
- Reforzar uso correcto y consistente de condón y lubricantes a base de agua.
- Reforzar consejería en prevención de salud sexual.
- Seguimiento por psicología.
- Referencia a PrEP (Profilaxis preexposición al VIH) si lo amerita.
- Referencia a otras especialidades según amerite el caso.
- Dar alta contra prueba de VIH con resultado no reactivo.
- Completar FVIH-07 (Anexo 2).

**Algoritmo de atención de la profilaxis post exposición al VIH por práctica sexual**



**Fuente:** Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

## 4. Monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica de la profilaxis post exposición al VIH

Para el monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica, por parte del Sistema Nacional Integrado de Salud, bajo la rectoría del MINSAL, se utilizarán las siguientes herramientas:

### 4.1 Formularios

- a) Formato para Registro de Casos Post Exposición (Anexo No. 2; Formulario VIH-07), indicar si es exposición ocupacional, por violación sexual o prácticas sexuales de riesgo
- b) FVIH-01: indicando el motivo de la solicitud de la prueba de VIH.

### 4.2 Indicadores

En base a la información de los formularios, el Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica (SUMEVE) y las estadísticas locales produce los siguientes indicadores:

- a) Porcentaje de servicios de salud con profilaxis post exposición disponible.
- b) Número de casos de exposición por mes y por año.
- c) Número de profilaxis post exposición al VIH ocupacionales.
- d) Número de profilaxis post exposición al VIH por violación sexual.
- e) Número de profilaxis post exposición al VIH por prácticas sexuales de riesgo.
- f) Porcentaje de profilaxis post exposición al VIH completas en exposición ocupacional.
- g) Porcentaje de profilaxis post exposición al VIH completas en exposición por violación sexual.
- h) Porcentaje de profilaxis post exposición al VIH completas por prácticas sexuales de riesgo
- i) Porcentaje de seroconversiones por exposición ocupacional.
- j) Porcentaje de seroconversiones por exposición por violación sexual.
- k) Porcentaje de seroconversiones por prácticas sexuales de riesgo.

### 4.3 Acciones de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica

#### Por niveles de atención:

##### Nivel Superior:

- a) Monitorear la implementación de los presentes lineamientos técnicos en los hospitales, regiones de salud y SIBASI.
- b) Evaluar indicadores nacionales y en cada región de salud/hospitales.
- c) Asegurar que las regiones de salud/hospitales cuenten con las habilidades necesarias a través de un plan de capacitación integrado.
- d) Asegurar que las regiones de salud/hospitales cuenten con un flujo de información oportuna y de calidad para registrar información, analizarla y presentar resultados confiables.

- e) Asegurar que las regiones de salud/hospitales cuenten con medicamentos antirretrovirales, pruebas de laboratorio y fuentes primarias de captura de información.
- f) Participar en el Sistema Único de Información en Salud (SUIS), en el componente de vigilancia epidemiológica.

#### **Nivel Regional y SIBASI:**

- a) Monitorear la implementación de los presentes lineamientos técnicos en SIBASI y establecimientos de salud.
- b) Evaluar indicadores en cada hospital o establecimiento autorizado para profilaxis post exposición al VIH.
- c) Asegurar que los SIBASI y establecimientos de salud cuenten con las habilidades necesarias a través de un plan de capacitación integrado.
- d) Asegurar que los SIBASI y unidades de salud, cumplen con el flujo de información oportuna y de calidad para registrar información, analizarla y producir resultados confiables que los presentan en la sala situacional, para la oportuna toma de decisiones.
- e) Cumplir con el flujo de información oportuna y de calidad para registrar información, analizarla y presentar resultados confiables por el epidemiólogo regional y SIBASI.

#### **Nivel local:**

- a) Garantizar la atención y el seguimiento a las personas que han sufrido exposición al VIH ocupacional, por violación sexual y por prácticas sexuales de riesgo.
- b) Asegurar la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales, pruebas de laboratorio y fuentes primarias de captura de información (FVIH-01 y 07).
- c) Llenar los formularios (FVIH-01 y 07) en forma completa, con letra legible, de acuerdo con los lineamientos de la profilaxis post exposición al VIH.
- d) Monitorear las actividades del establecimiento de salud por el equipo multidisciplinario.
- e) Cumplir con el flujo de información oportuna y de calidad para registrar información, analizarla y presentar resultados confiables por el epidemiólogo del establecimiento.
- f) Evaluar los indicadores para presentar los datos en la sala situacional y toma de decisiones.
- g) Integrarse al Comité Intersectorial de Violencia en su área de responsabilidad.

## V. Disposiciones finales

### a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal del Sistema Nacional Integrado de Salud, dar cumplimiento a los presentes lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

### b) Revisión y actualización

Los presentes lineamientos técnicos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

### c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en los presentes lineamientos técnicos, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

### d) Derogatoria

Derógase la Guía Clínica de la profilaxis post exposición de fecha 7 de diciembre de 2012.

## VI. Vigencia

Los presentes lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de la misma, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

The image shows a handwritten signature in blue ink over a circular official seal. The seal contains the text 'REPUBLICA DEL PERU' at the top and 'MINISTERIO DE SALUD' at the bottom, with a central emblem.

**Dr. Francisco José Alabi Montoya**  
Ministro de Salud *Ad honorem*

## VII. Terminología

<b>3TC:</b>	Lamivudina
<b>AZT:</b>	Zidovudina
<b>ARV:</b>	Antirretroviral
<b>FTC/TDF:</b>	Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato
<b>FVIH-07:</b>	Formulario VIH-07.
<b>JPNA:</b>	Junta Protección de la Niñez y Adolescencia.
<b>ITS:</b>	Infección de transmisión sexual
<b>PGR:</b>	Procuraduría General de la República.
<b>PNC:</b>	Policía Nacional Civil.
<b>PPE:</b>	Profilaxis post exposición.
<b>VIH:</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<b>VHB:</b>	Virus de hepatitis B.
<b>VHC:</b>	Virus de hepatitis C
<b>VPH:</b>	Virus del papiloma humano
<b>SNIS:</b>	Sistema Nacional Integrado de Salud
<b>Td:</b>	Tétanos y difteria
<b>TFG:</b>	Tasa de filtrado glomerular

## VIII. Bibliografía

1. Fisher M., Benn P, Evans B. Clinical Effectiveness Group. (British Association for Sexual Health and HIV). UK Guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. *International Journal of STD & AIDS* 2006; 17: 81–92
2. Clínica Especializada Condesa. Guía de Consejería Especializada en Estrategias de Prevención Integral del VIH y Otras ITS. Clínica Especializada Condesa; 2021.
3. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades: Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos: US Public Health Service: Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States—2021 Update: a clinical practice guideline. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021.pdf>. Publicado Marzo 2021.
4. Documento de Consenso sobre Profilaxis Postexposición Ocupacional y No Ocupacional en relación con el VIH, VHB Y VHC en Adultos y Niños. Actualización marzo 2015. GeSIDA.
5. Guía clínica Versión 9, Octubre de 2017, EACS (European AIDS Clinical Society)
6. 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. Segunda edición 2016
7. Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV—United States, 2016 from the Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services.
8. Col K Kapila, Col RM Gupta, Brig GS Chopra, SM,VSM, Post-exposure Prophylaxis : What Every Health Care Worker Should Know. *MJAFI* 2008; 64 : 250-253.
9. CDC Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for post-exposure prophylaxis. *MMWR* Sep 2005;54 (No RR-09):1-17.
10. Young T, Arens FJ, Kennedy GE, Laurie JW, Rutherford GW. Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure (Review). *The Cochrane Collaboration*. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2007.
11. B. Moore. Survival of Immunodeficiency Virus (HIV), HIV Infected Lymphocytes, and Poliovirus in Water. *Applied and Environmental Microbiology*, may 1993, p. 1437 – 1443.

## IX. Anexos

### Anexo 1


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

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

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

## Anexo 2

### Formulario FVIH-07

 <p style="font-size: small;">GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>MINISTERIO DE SALUD</p>
<p><b>SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD</b></p> <p><b>Formulario para la profilaxis post-exposición al VIH por accidente laboral, violación sexual y práctica sexual de riesgo (FVIH-07)</b></p>	
<p>Nombre del establecimiento: _____ Fecha de consulta: ____/____/____ Hora: _____  <small style="margin-left: 150px;">dd / mm / aa</small></p> <p>Expediente: _____ Número de afiliación: _____</p> <p>Tipo de exposición: <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Violación sexual <input type="checkbox"/> Práctica sexual de riesgo</p> <p>Tipo de Consulta: <input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Subsecuente</p>	
<p><b>I. DATOS GENERALES</b></p> <p>N.º DUI: _____ N.º CUI: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____  <small style="margin-left: 150px;">dd / mm / aa</small></p> <p>1º Nombre: _____ 1º Apellido: _____ Edad: Años: ____ Meses: ____ Días: ____</p> <p>2º Nombre: _____ 2º Apellido: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>3º Nombre: _____ Apellido de casada: _____ Gestante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si es menor de edad, nombre completo de la persona responsable: _____</p> <p>DUI del responsable: _____ FUR: ____/____/____  <small style="margin-left: 150px;">dd / mm / aa</small></p>	
<p><b>II. EVALUACIÓN DEL EVENTO</b></p> <p><b>A) Accidente laboral</b></p> <p>Lugar donde labora: _____ Profesión: _____ Cargo: _____</p> <p>Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Institución: _____</p> <p>Fecha y hora del hecho: Fecha ____/____/____ Hora: _____  <small style="margin-left: 150px;">dd / mm / aa</small></p> <p>Actividad que realizaba a momento del accidente: _____</p> <p>¿El accidentado llevaba protección establecida para la actividad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Mascarilla <input type="checkbox"/> Gorro <input type="checkbox"/> Bata <input type="checkbox"/> Guantes <input type="checkbox"/> Lentes protectores</p> <p>Área corporal afectada: _____</p> <p>¿El accidentado utilizó la técnica adecuada al procedimiento que realizaba? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Antecedentes laborales previos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Tipo de riesgo: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Sin riesgo</p> <p>Tipo de lesión: <input type="checkbox"/> Salpicadura <input type="checkbox"/> Punción <input type="checkbox"/> Herida</p>	
<p><b>B) Violación sexual</b></p> <p>Lugar del suceso: _____</p> <p>Fecha y hora del suceso: Fecha ____/____/____ Hora: _____  <small style="margin-left: 150px;">dd / mm / aa</small></p> <p>Áreas corporales afectadas: <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Vaginal</p> <p>Otras áreas afectadas: _____</p>	
<p><b>C) Práctica sexual de riesgo</b></p> <p>Fecha y hora del suceso: Fecha ____/____/____ Hora: _____  <small style="margin-left: 150px;">dd / mm / aa</small></p> <p><input type="checkbox"/> Sin protección/ruptura del condón con persona con VIH:</p> <p><input type="checkbox"/> Sin protección/ruptura del condón con persona que desconoce estado serológico de VIH</p> <p><input type="checkbox"/> Chemsex</p>	



### Anexo 3

## Dosis, efectos adversos y contraindicaciones de medicamentos antirretrovirales utilizados en profilaxis post exposición al VIH

Inhibidores de la transcriptasa reversa nucleótidos (ITRN)			
Medicamento	Presentación	Dosis	Efectos adversos
<b>Zidovudina (AZT)</b>	Jarabe: 10 mg/ml Tabletas: 300 mg  Combinado con lamivudina (3TC): tabletas lamivudina 150 mg/ zidovudina 300 mg.	Adolescentes y adultos: 200 mg cada 8 h o 300 mg cada 12 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Toxicidad:</b> anemia miopatia, hepatitis, granulocitopenia,</li> <li>● <b>Interacciones:</b> ganciclovir TMP/SMX, aciclovir, interferon alfa, fluconazole, ácido valproico, cimetidina, rifampicina, rivabutina, ribavirina, Puede ser tomada con alimentos, debe ajustarse en falla renal y hepática.</li> </ul>
<b>Lamivudina (3TC)</b>	Solución: 10 mg/ml Tabletas: 150 mg	Adolescentes con peso arriba de 50 kg y adultos: 150 mg cada 12 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Toxicidad:</b> diarrea, vómito, exantema, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, neutropenia.</li> <li>● <b>Interacciones:</b> TMP/SMX</li> <li>● <b>Instrucciones:</b> Puede darse con alimentos, ajustar en falla renal.</li> </ul>
<b>Abacavir (ABC)</b>	Tabletas: 300 mg	Adolescentes y adultos: 300 mg cada 12 horas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Contraindicación:</b> hipersensibilidad al abacavir.</li> <li>● <b>Reacciones adversas frecuentes:</b> cefalea, anorexia, náuseas, vómito, erupción, fiebre, letargo, fatiga.</li> <li>● <b>Instrucciones:</b> Puede administrarse con o sin alimentos.</li> </ul>

Inhibidores de la transcriptasa reversa nucleósidos (ITRn)			
Medicamentos	Presentación	Dosis	Efectos adversos
<b>Tenofovir disoproxil fumarato (TDF)</b>	Tabletas: 300 mg Combinado con emtricitabina (FTC): tabletas emtricitabina (FTC) 200 mg/tenofovir disoproxil fumarato 3000 mg	Adolescentes mayores de 12 años o 35 kg), y adultos: 300 mg una vez al día Observar densidad ósea en niños prepuberales en estadio Tanner: 1 o 2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Toxicidad:</b> Astenia, cefalea, diarrea, náuseas, vómitos y flatulencia. Insuficiencia renal (disfunción tubular proximal que puede causar síndrome de Fanconi). Disminución de Densidad ósea.</li> <li>• <b>Interacciones:</b> Debe evitarse combinación con didanosina. Si se utiliza con atazanavir, debe ser potenciado con ritonavir. Monitorear por Virus de hepatitis B antes de iniciar TDF.</li> </ul>
<b>Tenofovir alafenamida (TAF)</b>	Cápsula 25 mg	Una tableta vía oral cada 24 h en pacientes mayores de 12 años y con peso mayor de 25 kg una tableta cada 24 h	Ganancia de peso observada en el primer año de tratamiento especialmente cuando se usa en combinación con inhibidores de integrasa.
<b>Emtricitabina (FTC)</b>	Cápsula: 200 mg Combinado con tenofovir disoproxil fumarato (TDF) emtricitabina (FTC) 200 mg/tenofovir disoproxil fumarato 3000 mg	Adultos: Cápsulas de 200 mg una vez/día o 240 mg de solución, una vez/día.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Toxicidad:</b> cefalea, diarrea, náuseas, elevación de CK, neutropenia, hipertrigliceridemia, hiperglucemia, hiperbilirrubinemia, reacción alérgica, mareo, astenia, insomnio, pesadillas, vómitos, dispepsia, dolor abdominal, exantema, prurito, erupción maculopapular, vesiculobullosa y pustular, urticaria, discromía, dolor y elevación de: lipasa sérica, amilasa incluida pancreática, AST, ALT. En niños: anemia, discromía, hepatitis.</li> </ul>

Inhibidores de la proteasa (IP)			
Medicamento	Presentación	Dosis	Efectos adversos
<b>Lopinavir/ ritonavir (LPV/r)</b>	Solución: 80 mg (LPV) + 20 mg (RTV) por ml Tabletas: LPV 200 mg + RTV 50 mg	Adolescentes con peso ayor de 40 kg y adultos: 400 mg/kg/cada 12 h ó 230 mg/m <sup>2</sup> SC cada 12 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Toxicidad:</b> diarrea, cefalea, astenia, náusea y vómito. Incremento de los triglicéridos y colesterol sérico, exantema.</li> <li>● <b>Son raros:</b> sangrado en hemofílicos, pancreatitis, hiperglicemia, cetoacidosis, diabetes y hepatitis.</li> <li>● <b>Interacciones:</b> No administrar con antiarrítmicos, antihistamínicos, cisaprida, midazolam, rifampicina. <b>Otros:</b> Anticonvulsivos, dexametasona, claritromicina, rifabutina, ketoconazole.</li> <li>● <b>Instrucciones:</b> Con alimentos, las grasas aumentan la absorción. Dar una hora antes o 2 horas después de didanosina. refrigerar (2-8 grados),</li> </ul>
<b>Ritonavir (RTV)</b>	Solución: 80 mg/ml Cápsulas: 100 mg	Su uso esta reservado unicamente como potenciador de otros medicamentos Inhibidores de Proteasa y puede cambiar de acuerdo a los medicamentos con los que se usa.  Combinado con Atazanavir:  Atazanavir 300 mg cada 24 horas  +  Ritonavir 100 mg cada 24 horas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Toxicidad:</b> cefalea, náusea, vómitos, dolor abdominal, alteración del gusto, parestesia periférica y peribucal, hepatitis y pancreatitis. Elevación del ácido úrico y aumento de la creatinina fosfoquinasa.</li> <li>● <b>Interacciones:</b> Induce el citocromo p450 3A4,</li> <li>● <b>Instrucciones:</b> Con alimentos, separar 2 h de didanosina, refrigerar (2-8 grados)</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>Atazanavir (ATV)</b></p>	<p>Cápsulas de 300 mg</p>	<p>Su uso no está aprobado en pacientes menores de 6 años o menores de 25 kg:</p> <p>Para pacientes mayores 6 años y menores de 18 años:</p> <p>De 25 a menos de 32 kg: ATV 200 mg + RTV 100 mg ambas una vez al día con comidas</p> <p>De 32 a menos de 39 kg: ATV 250 mg + RTV 100 mg ambas una vez al día con comida.</p> <p>Adolescentes mayores de 39 kg y adultos:</p> <p>ATV 300 mg + RTV 100 mg ambas una vez al día con comida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Toxicidad:</b> Hiperbilirrubinemia, hiperglicemia, mala distribución de las grasas, nefrolitiasis, rash, elevación de transaminasas, hiperlipidemia. Aumento del intervalo PR del ECG con bloqueo sintomático AV de primer grado en algunos pacientes.</li> <li>● <b>Interacciones:</b> Se absorbe mejor con comidas, el uso de medicamentos antiácidos disminuye su absorción. No se recomienda con anticonceptivos orales.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Darunavir (DRV)</b></p>	<p>Tableta 600 mg</p>	<p>Evitar uso en menores de 3 años o menor a 10 kg</p> <p>Mayores a 40 kg DRV 600 mg</p> <p>Tableta 600 mg + RTV 100mg cada 12 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Más comunes:</b> cefalea 15 % náuseas 18% diarrea 20 % aumento de amilasa 17%</li> <li>● <b>Más significativos:</b> hepatitis en 0.5% usar con precaución en pacientes con HBV y HCV o en otras disfunciones hepáticas. Síndrome de Steven Johnson, necrólisis epidérmica tóxica. Eritema multiforme. Puede causar falla de anticonceptivos hormonales.</li> </ul>

Inhibidores de la integrasa			
Medicamento	Presentación	Dosis	Efectos adversos
Dolutegravir (DTG)	Comprimido 50 mg	Adolescentes mayores de 40 kg y adultos:  Comprimido 50 mg una vez al día.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reacciones adversas muy frecuentes:</b> Cefalea, náusea, diarrea.</li> <li>• <b>Reacciones adversas frecuentes:</b> Insomnio, sueños anormales y depresión, mareos, anorexia, vómitos, flatulencia, dolor abdominal y molestia abdominal, erupción, prurito, fatiga.</li> <li>• <b>Interacciones:</b> antiácidos que contengan magnesio/aluminio, suplementos de hierro y calcio, preparados multivitamínicos y agentes inductores, etravirina, tripanavir/ritonavir, rifampicina, hierba de San Juan, carbamacepina, oxcarbazepina, fenitoína, fenobarbital.</li> <li>• <b>Instrucciones:</b> puede administrarse con o sin alimentos.</li> </ul>

**Fuente:** Equipo técnico y Comité consultivo de elaboración de los Lineamientos técnicos para la profilaxis post exposición al VIH. 2022

## Anexo 4

### Formulario de Lesiones de Causa Externa



MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES  
PROGRAMA DE LESIONES DE CAUSA EXTERNA  
SISTEMA DE VIGILANCIA DE LESIONES DE CAUSA EXTERNA  
FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

MINISTERIO DE SALUD  
EL SALVADOR  
UNIDOS PARA CRECER

I- DATOS DE IDENTIFICACIÓN											
APELLIDOS					N° EXPEDIENTE:						
EDAD					NOMBRES						
AÑOS		MESES		DÍAS		SEXO		OCCUPACIÓN			
						M		F			
DOMICILIO PACIENTE		DEPTO		MUNICIPIO		MUNICIPIO		PACIENTE CON DISCAPACIDAD:			
LUGAR DEL EVENTO		DEPTO		MUNICIPIO		MUNICIPIO		SI			
								NO			
DIRECCIÓN EXACTA DONDE OCURRIÓ EL EVENTO											
II- DATOS GENERALES DEL EVENTO <small>Subraye la variable según corresponda. Para cada agrupación de datos debe marcar una sola.</small>											
Fecha y hora HISTORIA			Fecha y hora EVENTO			TIPO DE EVENTO					
ORA	MES	AÑO	HORA	ORA	MES	AÑO	HORA				
			AM PM				AM PM	1- Desastre natural 2- Evento aislado 3- Guerra o conflicto armado 4- Terrorismo 5- No especificado 6- Otro			
<b>MECANISMO DE LA LESIÓN. (¿Cómo se produjo la lesión?)</b>											
1- Accidente de transporte			8- Estrangulación/ahorcamiento			11- Golpe / fuerza contundente			13- Mordedura a) Persona		
2- Agresión sexual			9- Explosión a) Minas			12- Intoxicación			b) Animal		
3- Aflaia o ahogamiento por inmersión			b) Otro artefacto explosivo			a) Fármacos			Cullí		
4- Caída			10- Fuego/calor:			b) Plaguicidas			14- Puñalada, cortadura		
5- Contacto con cuerpo extraño			a) Humo/fuego/flama			c) Hidrocarburos			15- No especificado		
6- Contacto con electricidad			b) Líquidos calientes			d) Otro			16- Otro		
7- Disparo con arma de fuego			c) Pirotecnia								
<b>INTENCIONALIDAD</b> (Función del ser humano en la ocurrencia de la lesión)			<b>LUGAR</b> (¿Dónde ocurrió la lesión?)			<b>ACTIVIDAD</b> (¿Qué estaba haciendo la persona cuando se lesionó?)					
1- No intencional (accidental)			1- Bar, cantina o similares			1- Estudiando					
2- Autoinfligida (suicidios o intentos)			2- Calle			2- Practicando deporte					
3- Intencional (agresión)			3- Casa / hogar			3- Recreación/ descansando/jugando					
4- No especificada			4- Escuela/ lugar estudio			4- Tomando licor					
5- Otros			5- Trabajo 6- No especificado			5- Trabajando					
			7- Otro			6- Viajando (De o hacia un lugar o al trabajo)					
						7- No especificada					
						8- Otra:					
<b>III- DATOS ESPECÍFICOS DEL EVENTO</b>											
<b>ACCIDENTES DE TRANSPORTE</b>					<b>VIOLENCIA</b>						
<b>TRANSPORTE DE LA VÍCTIMA</b>		<b>CONTRAPARTE</b>		<b>USUARIO</b>	<b>VIOLENCIA INTERPERSONAL</b>			<b>VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA</b>			
					<b>RELACIÓN DEL AGRESOR CON LA VÍCTIMA</b>			<b>FACTORES PRECIPITANTES</b>			
1- Automóvil		1- Automóvil		1- Conductor	1- Pareja o ex pareja			1- Víctima abuso sexual o físico			
2- Bicicleta		2- Bicicleta		2- Pasajero	4- Amigos / conocidos			9- Conducta adictiva			
3- Bus		3- Bus		3- Peatón	5- Desconocido			10- Problemas con la justicia			
4- Camión / rastra		4- Camión / rastra		4- No especificado	6- No especificado			11- Problemas financieros			
5- Carreta / Animal		5- Carreta / Animal			7- Otro			12- No especificado			
6- Microbus		6- Microbus						13- Otros			
7- Motocicleta		7- Motocicleta		<b>TIPO DE ACCIDENTE</b>	<b>CONTEXTO</b>			3- Trastorno mental			
8- Peatón		8- Objeto fijo		1- Atropellado	1- Violencia intrafamiliar			4- Enfermedad física			
9- Pick up		9- Peatón		2- Colisión	2- Robo u otros crímenes			5- Desempleo			
10- Taxi		10- Pick up		3- Choque				6- Dificultades escolares			
11- No especificado		11- Taxi		4- Volcadura				7- Embarazo no deseado			
12- Otro: _____		12- No especificado		5- No especificado				8- Conflicto con las amistades			
		13- Otro: _____		6- Otro: _____							
<b>IV- DATOS CLÍNICOS DEL EVENTO</b>											
<b>SEVERIDAD DE LA LESIÓN</b> (Según tiempo de tratamiento)				<b>SEVERIDAD EN CASO DE TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO</b>			<b>DESTINO DEL PACIENTE</b>				
1. Leve o superficial (< de 1 hora de tratamiento). Heridas menores, erosiones				<b>Escala de Glasgow</b> 1- Trauma de cráneo Leve: 13 - 15 puntos 2- Trauma de cráneo Moderado: 9 - 12 puntos 3- Trauma de cráneo Severo: 8 ó menos puntos			1- Abandonó voluntario		5- Hospitalizado		
2. Moderada (1- 6 horas de tratamiento). Requiere algún tratamiento como lavado gástrico, observación, fractura cerrada, suturas, etc.							2- Alta (manejo ambulatorio)		6- Refrendo a otro establecimiento		
3. Severa (más de 6 horas de tratamiento). Requiere manejo médico avanzado como: cirugía mayor, hemorragia severa, perforación de órganos, cuidados intensivos. Incluye muerte.							3- Fallido en emergencia		7- No especificado		
							4- Fuga				
							Diagnóstico: (especificar la naturaleza y el sitio anatómico de la lesión):				
							Nombre del Médico:				

Impreso en MINSAJ



**Anexo 5**  
**Profilaxis post exposición al VIH para niños y niñas por violación sexual**  
**Tratamiento farmacológico**

**Dosificación simplificada de formulaciones líquidas orales y sólidas aptas para niños para la dosificación dos veces al día en lactantes y niños de 4 semanas de edad y mayores<sup>a</sup>**

Medicamento antirretroviral	Presentación de la tableta pediátrica o la solución líquida	Número de tabletas o ml por banda de peso mañana (AM) y tarde (PM)										Número de tabletas por banda de peso	
		3 -5.99 kg		6 -9.99 kg		10 a 13.99kg		14-19.99 kg		20-24.99 kg		25-34.99 kg	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	
AZT	10 mg/mL	6 mL	6 mL	9 mL	9 mL	12 mL	12 mL	-	-	-	-	-	-
ABC	20 mg/mL	3 mL	3 mL	4 mL	4 mL	6 mL	6 mL	-	-	-	-	-	-
3TC	10 mg/mL	3 mL	3 mL	4 mL	4 mL	6 mL	6 mL	-	-	-	-	-	-
LPV/r <sup>b</sup>	80/20 mg/mL	1 mL	1 mL	1.5 mL	1.5 mL	2 mL	2 mL	2.5 mL	2.5 mL	3 mL	3 mL	-	-
RTV <sup>c</sup>	80mg/mL	-	-	-	-	0.5 mL	0.5 mL	0.6 mL	0.6 mL	-	-	-	-

- a. Las dosis para este grupo de edad se reducen para tener en cuenta la menor capacidad para excretar y metabolizar medicamentos. Para los bebés que tienen al menos 4 semanas de edad pero pesan menos de 3 kg, la inmadurez de las vías de eliminación renal y hepática es una preocupación menor, pero aún existe incertidumbre sobre la dosificación de ARV en bebés prematuros y de bajo peso al nacer.
- b. LPV/r líquido requiere una cadena de frío durante el transporte y almacenamiento. La formulación de tableta termoestable de LPV/r debe tragarse entera y no debe partirse, masticarse, disolverse ni triturarse. La tableta 200/50 para adultos se puede usar para pacientes de 14 a 24,9 kg (1 tableta a la mañana y 1 tableta a la tarde) y para pacientes de 25 a 34,9 kg (2 tabletas a la mañana y 1 tableta a la tarde). La formulación de gránulos de LPVr no debe usarse en bebés menores de 3 meses. Se pueden encontrar más detalles sobre la administración de gránulos de LPVr. Este programa de dosificación se aplica a formas de dosificación sólidas equivalentes, como gránulos de LPVr, que se pueden usar a partir de las 2 semanas de edad. Dado que actualmente el suministro es limitado, tanto los gránulos como los comprimidos deben desaconsejarse para los niños de más de 14 kg, que en su lugar deben recibir comprimidos de LPVr 100/25 mg. Información sobre formulaciones de LPVr para niños disponible en: <https://www.arvprocurementworkinggroup.org/lpv-r-supply>
- c. RTV solo debe usarse a esta dosis como agente potenciador en combinación con ATV o DRV.

**Fuente:** Tabla adaptada de Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Testing, Treatment, Service, Delivery and Monitoring. Recommendations for a public health approach, July 2021.

Dosificación simplificada de formulaciones sólidas de dosis fijas aptas para niños para la dosificación dos veces al día en lactantes y niños de 4 semanas de edad y mayores<sup>a</sup>

Medicamento	Presentación de la tableta pediátrica	Número de tabletas por banda de peso mañana y tarde										Presentación de la tableta del adulto	# tabletas por banda de peso	
		3–5.99 Kg		6–9.99 kg		10–13.99 kg		14–19.99 kg		20–24.99 kg			25– 34.99 kg	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM		AM	PM
AZT/3TC	Tableta (dispersable) 60 mg/30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300 mg/150 mg	1	1
ABC/3TC	Tableta (dispersable) 60 mg/30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	600 mg/300 mg	0.5	0.5
	Tableta (dispersable) 120/60 mg	0.5	0.5	0.5	1	1	1	1	1.5	1.5	1.5	600 mg/300 mg	0.5	0.5

a. Para niños que tienen al menos 4 semanas de edad, pero pesan menos de 3 kg la inmadurez de las vías de eliminación hepática y renal es una preocupación menor pero aún existe incertidumbre sobre la dosis adecuada de ARV en bebés prematuros y de bajo peso al nacer.

Fuente: Tabla adaptada de Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Testing, Treatment, Service, Delivery and Monitoring. Recommendations for a public health approach, July 2021.

**Dosificación simplificada de formulaciones sólidas aptas para niños para la dosificación una vez al día en lactantes y niños de 4 semanas de edad y mayores<sup>a</sup>**

Medicamento	Presentación de la tableta pediátrica	Número de tabletas o capsulas por banda de peso una vez al día					Presentación de la tableta del adulto	# tabletas por banda de peso
		3–5.99 kg	6–9.99 kg	10–13.99 kg	14–19.99 kg	20–24.99 kg		
DTGb	Tabletas 10 mg (dispersable)	0.5	1.5	2	2.5	3	50 mg	1
DRV					1	1	600 mg.	1
RTV					1	1	100 mg.	1

- a. Las dosis para este grupo de edad se reducen para tener en cuenta la menor capacidad para excretar y metabolizar medicamentos. Para los bebés que tienen al menos 4 semanas de edad, pero pesan menos de 3 kg, la inmadurez de las vías de eliminación hepática y renal es una preocupación menor, pero aún existe incertidumbre sobre la dosis adecuada de ARV en bebés prematuros y de bajo peso al nacer.
- b. Los comprimidos dispersables (DT) de 5 mg y los comprimidos dispersables ranurados de 10 mg estaban aprobados por la FDA para pacientes sin tratamiento previo o con tratamiento previo sin tratamiento previo con INSTI de al menos 4 semanas Y con un peso de al menos 3 kg, según en datos del ensayo IMPAACT 1093 y ODYSSEY. La FDA y la EMA aprobaron la dosificación simplificada de la tableta DTG 50 mg FCT para todos los niños  $\geq$  20 kg. Los DTG DT y los DTG FCT no son bioequivalentes; 30 mg de DTG DT corresponden a 50 mg de DTG FCT. Se prefiere DTG 50 mg FCT para niños que han alcanzado los 20 kg (a menos que no puedan tragar tabletas). La vigilancia de la seguridad sigue siendo importante a la luz de la limitada experiencia actual con esta dosificación. Para los adolescentes que viven con el VIH y pesan más de 30 kg, se puede usar y se prefiere una formulación de dosis fija de TDF 300 mg/3TC 300 mg/DTG 50 mg (TLD).

**Fuente:** Tabla adaptada de Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Testing, Treatment, Service, Delivery and Monitoring. Recommendations for a public health approach, July 2021.