



MINISTERIO DE SALUD

NORMATIVA 123

GUIA DE PROFILAXIS OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL ANTE EL VIH

Managua, Octubre 2013

N
WC
39
0341
2013

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
Ministerio de Salud. **Normativa 123: Guía de Profilaxis
Ocupacional y No Ocupacional Ante el VIH** / Managua:
MINSA, oct. 2013

58 p.; ilus; tab

(contiene Resolución Ministerial No. 647 ; Anexos : formato Algoritmo
Diagnóstico de Laboratorio; formato Solicitud de la Prueba al VIH y
Consentimiento Informado; ficha registro de profilaxis y formato de
Registro mensual de Profilaxis Postexposición Ocupacional y no Ocupacional)

1. Infecciones VIH- normas
2. Profilaxis Postexposición- norma
3. Profilaxis Postexposición- abordaje
4. Profilaxis Postexposición- legislación
5. Salud Laboral
6. Terapia Antirretroviral Altamente Activa
7. Factores de Riesgo
8. Antirretrovirales -normas
9. Personal de Salud –educación
10. Adolescentes
11. Niños
12. Agresiones Sexuales- prevención (descriptor local)
13. Manejo de la exposición ocupacional y no ocupacional (descriptor local)

Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

© MINSA. Octubre 2013



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 647-2013

ACUERDO MINISTERIAL
No. 647 - 2013

SONIA CASTRO GONZALEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere el texto de la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en La Gaceta, Diario Oficial, No. 35 del veintidós de Febrero del año dos mil trece, Ley No. 238, "Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el Sida", publicada en La Gaceta No. 232 del seis de Diciembre de mil novecientos noventa y seis; Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en "La Gaceta" Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO:

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su Artículo 59, partes conducentes, establece que: "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su Artículo 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 1, Objeto de la Ley, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 2, Órgano Competente, establece que "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia Iero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 647-2013

V

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 4, Rectoría, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "Artículo 19.- Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

VI

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud" establece en el Artículo 8.- numerales 1, 2 y 3, Arto 8.- Derechos de los Usuarios. Los usuarios del Sector Salud, público y privado gozarán de los siguientes derechos: 1.- Acceso a los servicios garantizados conforme se establece en la presente Ley. 2.- Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios de salud públicos a la población vulnerable. 3.- Gratuidad a los servicios en el sector público, cuando el usuario forme parte de la población vulnerable, con prioridad en las áreas materno-infantil, de acuerdo a programas de los servicios integrales de emergencias, de hospitalización y en los servicios ambulatorios, medios de diagnósticos, medicamentos y biológicos, disponibles en el territorio nacional conforme las listas básicas definidas por el Ministerio de Salud.

VII

Que la Ley No 820, "Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida para su Prevención y Atención", establece en el Artículo 13: Derechos. - Numeral I Al Tratamiento.- De acuerdo a lo establecido en la Constitución Política de la República de Nicaragua y la Ley No 423, "Ley General de Salud", publicada en La Gaceta, Diario Oficial No 91 del 17 de mayo de 2005, el Estado garantizará a las personas con VIH y a sus familiares, atención médica integral incluyendo los medicamentos antirretrovirales y el tratamiento de las ITS y enfermedades oportunistas según las necesidades del paciente y de acuerdo con las normas, protocolos y guías de atención para las personas con VIH, establecidas por el Ministerio de Salud. Incluyen la profilaxis postexposición (PPE) en caso de accidentes laborales o violaciones, que debe iniciarse en las primeras setenta y dos (72) horas de ocurrido el evento. En el caso de niños, niñas y adolescentes se debe tomar en consideración la prescripción de los medicamentos antirretrovirales y tratamientos pediátricos adecuados.

VIII

Que con fecha 26 de Noviembre del 2013, la Dirección General de Regulación Sanitaria, solicitó se elaborara el Acuerdo Ministerial que aprobara el documento denominado "Guía de Profilaxis Ocupacional y No Ocupacional Ante el VIH", cuyo objetivo es la aplicación oportuna de la profilaxis post exposición tanto por accidentante laboral como no ocupacional.

Por tanto, esta Autoridad

ACUERDA:



PRIMERO: Se aprueba el documento denominado: "Guía de Profilaxis Ocupacional y No Ocupacional Ante el VIH", el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia 1ero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2013:
**BENDECIDOS,
PROSPERADOS Y
EN VICTORIAS!**

Acuerdo Ministerial No. 647-2013

SEGUNDO: Se designa a la Dirección General de Regulación Sanitaria, para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los Directores de SILAIS y a los Directores de Establecimientos de Salud Públicos y Privados que brindan atención a personas expuestas al VIH.

TERCERO: Se designa a la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención, para la implementación y monitoreo de la aplicación y cumplimiento de la "Guía de Profilaxis Ocupacional y No Ocupacional Ante el VIH", estableciendo las coordinaciones necesarias con los SILAIS, como autoridades de aplicación en las distintas circunscripciones territoriales del país.

CUARTO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los veintiséis días del mes de Noviembre del año dos mil trece.


SONIA CASTRO GONZALEZ
MINISTRA DE SALUD



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
BUEN GOBIERNO!
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios,
Costado oeste Colonia Iero de Mayo, Managua, Nicaragua.
PBX (505) 22894700. Web www.minsa.gob.ni

ÍNDICE

I. Introducción	1
II. Objetivo General	3
Objetivos Específicos	3
III. Soporte Jurídico	4
IV. Glosario	7
V. Acrónimos	11
VI. Población Diana	13
VII. Actividades a realizar	13
VIII. Definición Exposición	14
IX. Clasificación de la Exposición	14
X. Profilaxis Ocupacional al VIH	15
10.1 Factores de Riesgo	15
10.2 Diagnóstico	17
10.3 Procedimientos	17
10.4 Tratamiento	20
10.5 Reacciones adversas e interacciones	22
10.6 Seguimiento de la persona expuesta	24
XI. Profilaxis post exposición no ocupacional	26
11.1 Factores de riesgo de transmisión no ocupacional al VIH	26
11.2 Procedimientos	30
11.3 Seguimiento de la persona expuesta y de la fuente	31
XII. Situaciones Especiales	33
XIII. Selección de Fármacos Antirretrovirales para la Profilaxis Postexposición	33
13.1 Agresiones sexuales	34
13.2 Niños, niñas y adolescentes	34
13.3 Pautas en niños, niñas y adolescentes	35
13.4 Tratamiento	36
XIV. Definición de los roles según niveles de atención	42
XV. Bibliografía	44
XVI. Anexos	48

I. Introducción

El Ministerio de Salud como órgano rector del sector salud y en el marco de aplicación de las políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, impulsa un proceso de profundas transformaciones institucionales que le permitan cumplir con el compromiso constitucional de garantizar la salud a toda la población Nicaragüense. Dichas transformaciones favorecerán la consolidación del liderazgo del sector salud de la institución; tanto en la conducción, control y regulación sanitaria, así como ordenar los procesos de prestación de los servicios de salud.

En Nicaragua se presentó el primer caso de VIH en 1987, a partir de esta fecha la tendencia del comportamiento de la Epidemia ha sido hacia el incremento sostenido. Teniendo una epidemia de tipo concentrada. Al cierre del primer semestre 2013 se registra un total de 8,278 personas afectadas por el VIH, de las cuales 6,457 son VIH, 740 personas en condición de VIH en etapa avanzada y 1,030 fallecidos. La tasa de prevalencia acumulada es de 0.2112 y la incidencia de 12.3. Según sexo el 29% (2,420 mujeres) y 56% (4,638) hombres) manteniéndose la relación hombre mujer de 1.9 a 1, es decir por cada 1.9 hombres una mujer. Sin dato de variable de sexo hay 35 registros. La prevalencia en HSH del 7.5%, trabajadora sexual 3.2 %y prevalencia en embarazada de 0.15 %³. La prevalencia en adolescentes es de 0.14%, en hombres 1.32% y mujeres 0.1% siendo la prevalencia del país menor al 1%.

El primer caso de seroconversión documentada al VIH en el medio sanitario se notificó en 1984⁵. No existen estudios aleatorizado que nos permitan conocer la verdadera incidencia de la transmisión en ambiente de trabajo, ni la mejor pauta de tratamiento antirretroviral (TARV), ni el tiempo máximo límite tras el accidente hasta el inicio de TARV, ni la duración de la profilaxis postexposición ocupacional (PPEO). En estudios prospectivos se ha valorado el riesgo de transmisión del VIH en el medio laboral a través de la exposición percutánea en un 0,3% [0,2-0,5%, IC95%]⁶, y tras el contacto con mucosas en un 0,09% [0,006-0,5%, IC95%].

El riesgo individual de adquirir la infección VIH después de una exposición sexual o de otro tipo depende de la probabilidad de infección VIH en la persona fuente, del tipo de exposición y de la susceptibilidad de la persona expuesta. Otros aspectos de interés para la Salud Pública son el descubrimiento de que en el 40% de los casos de transmisión sexual, uno de los miembros de la pareja presentaba una infección por el VIH aguda o reciente, y que un 20-30%⁷ de las personas infectadas por el VIH desconoce su situación de infectado, el riesgo en penetración vaginal es del 0.03-0.09%.

¹ Tasa por 100 habitantes.

² Estimación al mes de junio 2013, Vigilancia epidemiológica. MINSA

³ Prevalencia Embarazadas año 2012.

⁴ Registros Componente ITS-VIH y sida

⁵ Fisher M, Benn P, Evans B et al. UK guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. Int J STD&AIDS 2006; 17:81-93.

⁶ Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in health care workers: an overview. Am J Med 1997; 102 (Suppl 4B): 9-15.

⁷ Cohen MS and Pilcher CD. Amplified HIV transmission and new approaches to HIV prevention. J Infect Dis 2005; 191: 1391-3

La ley 820 Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y sida para su prevención y atención Capítulo: IV de los derechos y deberes de las personas con VIH y sida. Art.13 Derechos Inciso i. Al tratamiento: Incluye la profilaxis pos exposición (PPE) en caso de accidentes laborales o violaciones, que debe iniciarse en las primeras 72 horas de ocurrido el evento.

En vista que la Ley 820 mandata la atención de la profilaxis pos exposición ocupacional (carácter laboral) y no ocupacional con énfasis en la violación, esta se operativiza con la implementación de la presente Guía.

Es importante señalar que el Ministerio de Salud cuenta con la Normativa N-079 "Manual de Bioseguridad para el personal del sector salud en la atención de personas con VIH-Sida", donde aborda todos los aspectos relacionados con las medidas de seguridad que debe aplicar el personal de salud para evitar la exposición a agentes contaminantes.

La tendencia del comportamiento de la epidemia en Nicaragua ha sido hacia el incremento sostenido. Ante esta situación el personal de salud está en estrecho contacto con personas con VIH por el manejo y procedimientos que estos realizan para la atención integral, exponiéndose a sangre y fluidos contaminados, ante esta realidad el Ministerio de Salud vio la necesidad de contar con una herramienta practica dirigida al personal de salud sobre la aplicación de procedimientos para el manejo de la profilaxis post exposición ocupacional al VIH en el medio laboral.

Desde el otro punto de vista de la población general, población de mayor exposición al riesgo (Clave) y usuarios de drogas se valoró la pertinencia del abordaje de **la profilaxis no ocupacional** ante las exposiciones a sangre o fluidos contaminados, agresiones y abuso sexual al que estas poblaciones estuvieran expuestas a las cuales también debe dársele una respuesta.

El disponer de esta herramienta tiene el propósito de incidir en el descenso de nuevas infecciones por VIH en nuestra población.

Contiene aspectos relacionados con el abordaje de la profilaxis postexposición Ocupacional enfocada en (personal de salud) y No Ocupacional Vía sexual y parenteral (situaciones especiales: Gestación, Agresiones sexuales; niños y adolescentes) prevención diagnóstico, tratamiento, seguimiento y recomendaciones.

La profilaxis post exposición (PPE) debe ser del conocimiento de todos los profesionales que trabajan en el sector salud en la atención directa e indirecta de las personas expuestas al VIH.

No ha existido hasta el momento en el país una guía para el manejo de la exposición ocupacional y no ocupacional, los registros estadísticos son muy pobres para realizar un análisis del comportamiento de estos eventos. Es por ello la importancia de contar con esta guía.

II. Objetivo General

Proporcionar una herramienta práctica en la aplicación oportuna de la profilaxis post exposición por accidentes laboral y No ocupacional para la detección de nuevas infecciones en VIH, estandarizando los instrumentos de trabajo en el abordaje de la exposición al VIH.

Objetivos Específicos

1. Proveer al personal de salud de habilidades para la categorización, identificación del riesgo, diagnóstico, tratamiento y seguimiento en el manejo oportuno de las personas con exposición ocupacional y No ocupacional.
2. Determinar a través de un equipo multidisciplinario el abordaje integral de la profilaxis post exposición No ocupacional para mitigar los efectos secundarios.
3. Dotar al personal de salud de los instrumentos de recolección y procesamiento de la información de los eventos relacionados con la profilaxis ocupacional y no ocupacional para su notificación oportuna.

III. Soporte Jurídico

- **La ley 423, Ley general de salud y su reglamento**, define como Sistema de Salud al conjunto de todas las instituciones proveedoras de servicios, tanto públicas como privadas y, en su artículo 11, reconoce la construcción de modelos de salud autónomos para las regiones del Caribe.
- La ley establece que todas las personas e instituciones están obligadas a cumplir las medidas para la protección de la población en caso de epidemias y define un programa de atención a las enfermedades de alto costo, que comprometan especialmente la economía individual y sectorial. Por otra parte, promueve el respeto a los derechos y la dignidad humana, entre ellos a la confidencialidad y el sigilo, en todas sus acciones y procedimientos. (7)

Título XVI De la Actividad Médico Legal

Capítulo I Generalidades

- Artículo 371 dice: “Son actividades médico legales, las que se realizan en cualquier institución o establecimiento de salud para proveer atención por enfermedad o por lesión, o por procedimientos de observación, intervención y análisis de un cadáver, en los casos en que se pueda derivar responsabilidad penal y/o civil; su resultado se expresa en forma de declaraciones, dictámenes, informes, certificados, reportes, emitidos expresamente por el director del establecimiento de salud, dirigido a las autoridades judiciales o a los funcionarios de los organismos competentes. Para los casos de violencia intrafamiliar, se deben implementar las normas y procedimientos establecidos para tales fines”.
- Artículo 374 establece: “Toda persona que asista al servicio de emergencia, presentando lesión deberá ser anotada y descrita en el libro de registro correspondiente”.
- Artículo 375 establece: “Es obligación del director y equipo de dirección del establecimiento de salud, de los médicos y personal correspondiente:
 - Numeral 2. Preservar, conservar y custodiar las prendas de vestir de los lesionados, entendiéndose por tales aquellas personas que se presume han sido víctimas de la comisión de un delito.
 - Numeral 7 Emitir informe o certificación del reconocimiento o examen en todos los casos de delitos de orden sexual, siempre que dichas diligencias sean solicitadas por autoridades competentes.
 - Numeral 9. Emitir certificado de reconocimiento o examen en caso de lesiones físicas y/o psicológicas producto de violencia intrafamiliar, estableciendo el tipo y gravedad de las lesiones, a solicitud de las autoridades pertinentes”.

- **Ley 820. Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante VIH-sida para su prevención y atención**, garantiza a todos los ciudadanos nicaragüenses y a los extranjeros que residen en el territorio nacional, el más absoluto respeto a sus derechos humanos en todo lo relacionado con la prevención y el control del VIH; la no discriminación, la confidencialidad y el respeto a la autonomía personal; la posibilidad de recibir educación sanitaria y sexual que promueva prácticas sexuales responsables y seguras; el acceso a servicios de salud con atención integral, humanizada y de calidad, incluyendo el tratamiento más efectivo; así como la obligación de todas las entidades públicas y privadas que cumplan funciones de información, comunicación y educación, de garantizar información científica veraz y oportuna para la prevención, especialmente para la atención de embarazadas con VIH.
- **Decreto ley 975, Ley Orgánica de la Seguridad Social** faculta al INSS para implementar, dentro del régimen de seguridad social, todas las prestaciones con los riesgos profesionales, y establece en el artículo 74 que ejecutará programas para la prevención de enfermedades profesionales y establece claramente las obligaciones de los empleadores. (10) La seguridad social está enfocando sus acciones a la mujer embarazada con VIH para la prevención de la transmisión vertical del VIH. Norma y protocolo para la prevención de la transmisión vertical del VIH.
- **Ley No 369, Ley de seguridad transfusional, establece que la donación, procesamiento, conservación, suministro y transfusión de sangre humana y de sus componentes y derivados, resulta de interés público y define las medidas para la preservación de la salud de los donantes y la máxima protección de los receptores.** (11) El cumplimiento del protocolo de seguridad transfusional es de vital importancia, en la atención del parto de una embarazada con VIH que pueda requerir sangre o sus hemoderivados.
- **Ley No 287. Código de la niñez y la adolescencia**, dicha ley define que todas las niñas y niños tienen derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud física y mental, educación, el tiempo libre, medio ambiente sano, vivienda, cultura, recreación, seguridad social y a los servicios para la prevención y tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud. En Nicaragua es preocupante la tasa de adolescentes embarazadas (la más alta de Centroamérica) por lo que intensificar la prevención dotándolas de destrezas para la vida es fundamental para revertir esta situación, sobre todo porque la relación hombre mujer en adolescentes es de 1:1. (13)
- **Ley No. 392. Ley de promoción del desarrollo integral de la juventud**, esta ley tiene por objeto promover el desarrollo humano de hombres y mujeres jóvenes; garantizar el ejercicio de sus derechos y obligaciones; establecer políticas institucionales y movilizar recursos del estado y de la sociedad civil para la juventud, específicamente con acciones de prevención sostenidas, ya que la población joven es la más afectada por la epidemia. (6)
- Para los efectos de esta ley se entiende por joven a toda persona nacional o extranjera radicada en el territorio nacional cuya edad oscile entre los 18 y 30 años de edad; los límites de edad señalados aquí no sustituyen los límites de edad

establecidos en otras leyes para adolescentes y jóvenes que garantizan derechos civiles y políticos así como garantías penales. (13)

CÓDIGO PENAL. LEY 641-08

CAPÍTULO II DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INTEGRIDAD SEXUAL

Art. 167. Violación

Quien tenga acceso carnal o se haga acceder o introduzca a la víctima o la obligue a que se introduzca dedo, objeto o instrumento con fines sexuales, por vía vaginal, anal o bucal, usando fuerza, violencia, intimidación o cualquier otro medio que prive a la víctima de voluntad, razón o sentido, será sancionado con pena de ocho a doce años de prisión.

Pueden ser autores o víctimas de este delito, personas de uno u otro sexo.

Art. 168. Violación a menores de catorce años.

Quien tenga acceso carnal o se haga acceder con o por persona menor de catorce años o quien con fines sexuales le introduzca o la obligue a que se introduzca dedo, objeto o instrumento por vía vaginal, anal o bucal, con o sin su consentimiento, será sancionado con pena de doce a quince años de prisión.

Art. 169. Violación agravada: Se impondrá la pena de doce a quince años de prisión cuando:

- a) El autor cometa el delito prevaliéndose de una relación de superioridad, autoridad, parentesco, dependencia o confianza con la víctima, o de compartir permanentemente el hogar familiar con ella;
- b) La violación sea cometida con el concurso de dos o más personas;
- c) Cuando la víctima sea especialmente vulnerable por razón de enfermedad o discapacidad física o psíquica para resistir, o se trate de una persona embarazada o mayor de sesenta y cinco años de edad; o
- d) Resulte un grave daño en la salud de la víctima

Art. 172. Abuso sexual

Quien realice actos lascivos o lúbricos tocamientos en otra persona, sin su consentimiento, u obligue a que lo realice, haciendo uso de fuerza, intimidación o cualquier otro medio que la prive de voluntad, razón o sentido, o aprovechando su estado de incapacidad para resistir, sin llegar al acceso carnal u otras conductas previstas en el delito de violación, será sancionado con pena de prisión de cinco a siete años.

Cuando en la comisión del delito se dé alguna de las circunstancias de la violación agravada, la pena será de siete a doce años de prisión. Si concurren dos o más de dichas circunstancias o la víctima sea niña, niño, o adolescente se impondrá la pena máxima.

No se reconoce, en ninguno de los supuestos, valor al consentimiento de la víctima cuando esta sea menores de catorce años de edad, o persona con discapacidad o enfermedad mental.

IV. Glosario

Cabe aclarar que las siguientes definiciones y conceptos delimitan exclusivamente la actuación sanitaria a realizar ante diferentes situaciones que pueden plantearse cuando una persona entra en contacto con algún fluido o material potencialmente portador de VIH, VHB o VHC. Se excluyen las consideraciones relacionadas con aspectos de intencionalidad, responsabilidad legal, causalidad, o similares.

Adherencia al tratamiento

Se refiere cuando una persona cumple con el régimen terapéutico, implica la toma de todos los medicamentos prescritos en las dosis e intervalos indicados por un profesional de salud. Incluye la buena disposición del paciente para empezar el tratamiento. Considerando a los pacientes como socios activos de los profesionales de la salud en su propia atención.

Adolescentes

Grupo de edad comprendido entre los 10 a 19 años. En este grupo se distinguen dos períodos: los de 10 a 14 años que cursan con su etapa puberal y los de 15 a 19 años que están en el inicio de su juventud.

Bioseguridad

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

Bioseguridad en salud ocupacional

Se define como el conjunto de medidas preventivas y correctivas encaminados a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador/a de la salud y estudiantes de pre y pos grado de adquirir infecciones en el medio laboral, reducir el riesgo de infecciones vinculadas a accidentes por exposición a sangre o fluidos corporales en los establecimientos de salud.

Carga viral plasmática

Es la cuantificación de la infección por virus que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en los fluidos corporales, como por ejemplo ARN viral por mililitros de sangre.

Citocromo P450

Se refiere a una familia de proteínas heme presentes en células de los mamíferos que catalizan la oxidación de una amplia variedad de sustancias químicas. Está implicado en la activación o desactivación de muchos fármacos, participa en la transformación de productos químicos en moléculas muy reactivas capaces de causar graves lesiones a los tejidos o de provocar mutaciones y participa en el metabolismo de los esteroides y de los ácidos grasos.

Diagnóstico virológico

Establecimiento del diagnóstico de una infección por la presencia de parte o la totalidad de un virus en el plasma, en las células de sangre periférica o muestras de tejidos.

Exposición ocupacional (EO)

Como el acto de exponer (se) un trabajador de la salud en su medio laboral, al contacto con sangre, tejidos fluidos potencialmente contaminados por VIH, a través de una lesión percutánea de mucosas o piel.

Exposición no ocupacional

(ENO) como el acto de exponerse una persona al contacto con fluidos potencialmente contaminados por VIH, fuera del medio laboral o relacionados a la exposición vertical.

Fármacos antirretrovirales

Son fármacos diseñados específicamente para inhibir la replicación del virus del VIH en el organismo.

Infección de transmisión sexual, ITS

Infección que se transmite a través de las relaciones sexuales, si no se usa un condón adecuadamente.

Medicina profiláctica

Se conoce también como Medicina Preventiva. Está conformada por todas aquellas acciones de salud que tienen como objetivo prevenir la aparición de una enfermedad o estado "anormal" en el organismo. (Incluye la profilaxis)

Prevención primaria

Es un conjunto de actividades sanitarias realizadas por el personal de salud, la comunidad o por los gobiernos antes de que aparezca una determinada enfermedad.

Personal de salud

Cualquier persona que se desarrolla en el campo de la atención en salud, que está en contacto directo con pacientes, con tejidos o fluidos corporales, o con aparatos, equipos o superficies posiblemente contaminados.

Profilaxis

Medidas y sustancias tomadas a fin de prevenir la ocurrencia de infecciones o enfermedades

Pruebas de tamizaje

Es el proceso mediante el cual se utiliza una prueba que permite la detección temprana de factores de riesgo, infección asintomática, o estadios tempranos de una enfermedad clínica, por lo tanto se permite un diagnóstico temprano y una intervención o tratamiento temprano.

Profilaxis Post Exposición No Ocupacional (PPENO)

Es una medida de prevención secundaria dirigida a evitar el desarrollo de la infección por el VIH tras una exposición accidental al virus por vía sexual o parenteral, fuera del ámbito sanitario.

Recuento de linfocitos CD4

Expresa el número de linfocitos con el marcador CD4 en su superficie/ml. Es un marcador para evaluar la situación inmunológica de una persona.

Persona fuente

Persona potencialmente infectada por alguno de los agentes patógenos transmisibles el VIH.

Salud ocupacional (so)

Es el conjunto de medidas y técnicas para analizar y evaluar las condiciones de trabajo y salud en una institución y determinar en qué grado afectan la salud del trabajador/a para que mejorándolas se obtengan condiciones de trabajo cercanas al ideal de desarrollo personal y social al que todos los trabajadores tenemos derecho.

TARV: Terapia antirretroviral Viral

Implica la utilización simultánea de al menos tres fármacos antirretrovirales con efecto contra el VIH.

Interacciones

Una interacción farmacológica es cuando un fármaco interfiere en la absorción, Distribución, metabolismo o excreción de otro fármaco.

Riesgo muy alto

Se define como accidente con gran volumen de sangre (pinchazo profundo con aguja hueca utilizada en arterias y venas del paciente) y con carga viral VIH elevada.

Riesgo Alto

Se define como accidente con alto volumen de sangre o accidente con sangre que contiene carga viral VIH elevada.

Riesgo no alto

Aquel accidente en que no se da exposición a gran volumen de sangre, ni a sangre con carga viral VIH elevada. (Pinchazo con aguja de sutura de paciente en fase asintomática de infección por VIH con carga viral baja o indetectable).

VIH

El virus de inmunodeficiencia humana, es un agente infeccioso que afecta al sistema inmunológico, principalmente a los glóbulos blancos (linfocitos T) y es el causante del síndrome de inmunodeficiencia humana (sida).

Violación

Es una acción perpetrada por una persona basada en una relación de poder ya sea generacional, de género o de otra naturaleza como la relación social, la pertenencia a un grupo étnico, entre otras. Consiste en la penetración del pene, dedo u otro artefacto en la vagina, boca y/o el ano en la que la persona que es víctima se encuentra en una relación desigual de poder.

V. Acrónimos

3TC	Lamivudina
ABC	Abacavir
AN	Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos o nucleótido
ARVs	Antirretrovirales
AZT	Azidotimidina (Zidovudina)
BID	Fármaco o pauta de tratamiento administrada dos veces al día
CD4	Recuento de Linfocitos CD4
CVP/CV	Carga Viral Plasmática
d4T	Stavudine
Ddl	Didanosina
ESAFC	Equipos de salud familiar y comunitario
ENO	Exposición no Ocupacional para este documento
EO	Exposición Ocupacional
ETMI	Eliminación de la Transmisión Materno Infantil
FPV	Fosamprenavir
FTA ABS	Prueba de Absorción de Anticuerpos Treponémicos Fluorescentes
FTC	Emtricitabina
IM	Intramuscular
IP	Inhibidores de la Proteasa
ITIAN	Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogo de los Nucleósidos
ITINN	Inhibidores de la Transcriptasa Inversa No Análogo de los Nucleósidos
ITRAN	Inhibidores de la transcriptasa reversa análogos Nucleósidos
ITRNN	Inhibidores de la transcriptasa reversa no Nucleósidos
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LCR	Líquido cefalorraquídeo
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
MINSA	Ministerio de Salud

MPI	Material Potencialmente Infeccioso
ITNN	Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos
PPE	Profilaxis Post Exposición
PPENO	Profilaxis postexposición no ocupacional
PPEO	Profilaxis Postexposición Ocupacional
RIISS	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud
RPR	Serología de sífilis Reaginina Plasmática Rápida
RTV	Ritonavir
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SQV	Saquinavir
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SUIS	Sistema Único de Información en Salud
TARGA	Tratamiento antirretroviral de gran actividad
TARV	Terapia antirretroviral
Td	Toxoide Tetánico y diftérico, vacuna contra tétanos y difteria para mayores de 10 años
TDF	Tenofovir
TMI	Transmisión Materno infantil
TPV	Tipranavir
UCSF	Unidades Comunitarias de Salud Familiar
UDI	Usuario drogas intravenoso
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
ZDV	Zidovudina

VI. Población Diana

Toda persona que presente una exposición ocupacional y No ocupacional al VIH que demanda atención en los establecimientos públicos o privados y que acuda en las primeras 72 horas de ocurrido el evento.

VII. Actividades a realizar

Prevención de Transmisión del VIH por Exposición Ocupacional y No ocupacional

Según estudios realizados se estima que el riesgo medio de transmisión de VIH por exposición ocupacional con pinchazo percutáneo con aguja es 0,3% (0,2-0,5% IC: 95%) y con exposición a mucosa es 0,09% (0,006-0,5%; IC: 95%⁸), transfusión de sangre (una unidad) 90-100%, recepción anal 0.1-3.0, recepción vaginal 0.1-0.2, Sexo oral-genital receptivo 0-0.04%, compartir material de inyección 0.67%. La incidencia media de seroconversión por exposición percutánea con fuente Virus Hepatitis C (VHC) positiva es 1,8% (0-7%)⁹. En EO por VHB, el riesgo depende de la intensidad y tipo de contacto con la sangre. La infección accidental por el Virus Hepatitis B (VHB), constituye un riesgo ocupacional bien establecido para los profesionales de salud. El riesgo depende de la intensidad y del tipo de contacto con sangre en el medio laboral. En estudios realizados en trabajadores sanitarios con exposición percutánea a sangre contaminada por el VHB, el riesgo de transmisión es al menos del 30%¹⁰¹¹ si la fuente es HBeAg positiva, y menos del 6% si el paciente es HBeAg negativo.

La administración de la vacuna de la hepatitis B en personas susceptibles a la infección por el VHB es altamente eficaz en la prevención La transmisión a través de piel no intacta y de otros fluidos o tejidos no se ha cuantificado o lo ha sido insuficientemente.

A continuación se listan las actividades a desarrollar:

- Riesgo de la transmisión postexposición
- Indicaciones de inicio de la profilaxis
- Pautas farmacológicas
- Seguimiento de Personas expuestas
- Situaciones especiales
- Definición de los roles según niveles de atención

⁸ Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in health careworkers: an overview. Am J Med 1997; 102 (Supple 4B): 9-15.

⁹ Tomkins S and Ncube F. Occupational transmission of HIV. Summary of published reports. March 2005 Edition. Data to December 2002

¹⁰ Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR Recomm Rep. 2001;50:1-52.

¹¹ Robert LM, Chamberland ME, Cleveland JL, Marcus R, Gooch BF, Srivastava PU et al. Investigations of patients of health care workers infected with HIV. The Centers for Disease Control and Prevention database. Ann Intern Med. 1995;122:653-7.

VIII. Definición Exposición

La infección causada por el Virus (VIH) se ha extendido ampliamente en el mundo en las dos últimas décadas. Según los últimos cálculos de ONUSIDA, se estima que 37 millones de personas están infectadas por el virus. En nuestro país existen en la actualidad más de 8,278¹² personas con VIH, según datos del registro nacional se estiman para año 2,020 que unas 20,000¹³ personas estén infectadas con el virus.

El personal de salud que labora en el área asistencial presenta alto riesgo de exposición laboral accidental al VIH, aquellos que están en contacto con sangre y fluidos corporales potencialmente infecciosos. Aproximadamente, un 80% de los profesionales que atienden pacientes con VIH se han enfrentado a estas situaciones, siendo las más frecuentes los pinchazos accidentales y las relaciones sexuales no protegidas con personas infectadas o con estado serológico desconocido.

Desde el inicio de la infección por el VIH, la exposición accidental en el medio sanitario, a sangre y otros fluidos biológicos contaminados por el VIH y otros virus transmisibles como el virus de hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC) han ocurrido en forma constante y siguen siendo una de las probables vías de transmisión de la infección. El riesgo de transmisión ocupacional se ve incrementado en situaciones específicas, identificándose cuatro factores de riesgo principales:

1. Pinchazos profundos con aguja hueca
2. Agujas utilizadas para acceso venoso o arterial en paciente fuente.
3. Contaminación visible del material con sangre.
4. Infección avanzada por VIH de la fuente.

IX. Clasificación de la Exposición

Exposición Ocupacional

Se define exposición ocupacional (EO) como el acto de exponer (se) un trabajador de la salud en su medio laboral, al contacto con sangre, tejidos y fluidos potencialmente contaminados por VIH, a través de una lesión percutánea de mucosas o piel.

Exposición No ocupacional al VIH

Se define la exposición no ocupacional (ENO) como el acto de exponer (se) una persona al contacto con fluidos potencialmente contaminados por VIH, fuera del medio laboral (Pinchazos, agresiones, violencia sexual o relacionados a la exposición vertical).

¹² Situación VIH primer semestre 2013

¹³ Estimaciones de Spectrum junio 2013

X. Profilaxis Ocupacional al VIH

Desde el inicio de la infección por VIH, la exposición accidental en el medio sanitario a sangre y otros fluidos biológicos contaminados por el VIH y otros virus transmisibles como el virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC) determinó la puesta en marcha desde 1987 de las medidas de precaución universal.

Debe realizarse una labor de educación en salud de forma continua para disminuir la exposición accidental, aplicar las medidas de prevención¹⁴, así como la provisión de parte del área administrativa de material y equipo de protección personal. Es fundamental la mejora en las condiciones de trabajo; las exposiciones continúan ocurriendo a pesar de las precauciones universales.

La prevención primaria es siempre la medida más importante en la prevención de la transmisión de infecciones por exposición ocupacional; debe existir un estricto cumplimiento en la aplicación de las medidas según “Manual de Bioseguridad para el Personal del Sector Salud” en la atención de personas con VIH - sida en los establecimientos de salud.

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

10.1 Factores de Riesgo

El riesgo de transmisión de exposición ocupacional y no ocupacional depende:

El tipo de exposición

Existe relación directa entre la magnitud del accidente (volumen de sangre y carga viral) y la posibilidad de seroconversión. La existencia de cargas virales bajas o indetectables no excluye riesgo de infección, la carga viral plasmática cuantifica partículas virales, pero no valora la existencia de células infectadas.

El tiempo Transcurrido

A mayor tiempo de exposición, mayor el riesgo de infección, dado que la replicación **inicia entre 48 y 72 horas**, siendo ideal comenzar la profilaxis antes de las 6 horas, como máximo hasta 72 horas posterior a la exposición.

¹⁴

“Manual de Bioseguridad para el Personal del Sector Salud” en la atención de personas con VIH – sida, Minsa, 2012

El riesgo de infección está en dependencia de la carga viral plasmática de la fuente, si la determinaciones de carga viral es >50copias/ml el riesgo es elevado.

Estado serológico de la fuente

En relación al estado serológico, si éste no se conoce, se realizará estudio completo según algoritmo diagnóstico en VIH, previo consentimiento informado en el menor tiempo posible, incluido la opción de una prueba rápida con resultado antes de 2 horas. Con estado serológico desconocido, se actuará como si estuviera Infectado.

En caso de fuente VIH positiva conocida, se determinará su situación inmunoviológica (carga viral, recuento de CD4, antecedentes de TARV e historia farmacológica completa). Conviene recordar que existe mayor riesgo de transmisión cuando la fuente es una persona en seroconversión o fase avanzada.

Con relación al Trabajador expuesto

Es elemental conocer los factores relacionados con la exposición ocupacional

Profundidad del Pinchazo

El riesgo es máximo cuando la exposición consiste en punción profunda previo acceso vascular arterias o venas.

Tipo de material utilizado

Cuando se utiliza aguja hueca, a menor calibre, mayor es el riesgo de infección.

Tipo de fluido al que se ha expuesto el trabajador

- **Definitivamente infeccioso:** Sangre, secreciones vaginales y semen
- **Potencialmente infeccioso:** Líquido céfalo raquídeo y sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico, líquido amniótico y leche materna.
- **No infecciosos:** Heces, orina, saliva, esputo, vómitos y lágrimas

Volumen de fluido

El riesgo de infección por VIH aumenta con la exposición a grandes volúmenes de sangre de fuente conocida (VIH positivo).

Factores de riesgo de seroconversión

La exposición profunda, sangre visible, dispositivo en arterias o venas y persona fuente con enfermedad avanzada son factores que predisponente a la seroconversión en el tiempo. Es importante asegurar el seguimiento regular con pruebas diagnósticas que permitan conocer la condición de la persona expuesta.

El riesgo máximo se produce cuando la exposición consiste en una punción profunda con aguja hueca contaminada que previamente estaba en vena o arteria y procede de una persona con infección por VIH en estado avanzado.

10.2 Diagnóstico

Identificación del estado serológico de la persona fuente y de la persona expuesta

Indicar una prueba rápida de VIH para obtener un resultado en **las primeras 2 horas** de exposición, previo consentimiento informado y consejería en ambos casos.

Deben tenerse presente los siguientes escenarios.

- Si la fuente es desconocida realizar estudio serológico completo (según algoritmo diagnóstico de laboratorio¹⁵)
- Si la fuente es conocida VIH+ determinar situación inmunológica y virológica (carga viral y CD4) e investigar antecedentes de TARV e historia farmacológica completa.
- Cuando la fuente es una persona en seroconversión o en fase avanzada del VIH la probabilidad de riesgo de transmisión es mayor.
- Si **no se conoce** el estado serológico de la fuente se actuará como si hubiese infección por VIH.
- Es fundamental conocer el estado serológico del trabajador expuesto y realizar las pruebas necesarias postexposición.
- En fuente desconocida y en trabajador expuesto si el resultado de la **prueba A1 es reactor** deben continuar con el algoritmo diagnóstico.
- Si la **fuentes es positiva** aplicar profilaxis de inmediato y referirlo al establecimiento según capacidad resolutoria para su atención, notificación y seguimiento.

10.3 Procedimientos

Medidas generales ante la exposición al VIH

Como recomendación general e independientemente de que la exposición sea ocupacional o No ocupacional, la prevención primaria está orientada a evitar la exposición.

En la exposición ocupacional al VIH, evitar la exposición incluye medidas que deben desarrollar los establecimientos de salud:

- Educación a la población en los diversos escenarios de atención
- Capacitar en normas de bioseguridad al personal de salud
- Aplicación medida de Bioseguridad con énfasis en las áreas de mayor riesgo.

¹⁵ Manual de procedimientos de Diagnóstico de laboratorio en VIH, año 2012

- Asegurar los medios de protección personal a los trabajadores con mayor exposición al riesgo.
- Garantizar la pre y pos consejería
- Brindar atención las 24 horas del día
- Disponibilidad de medios diagnósticos rápidos con resultados en un tiempo menor a 2 horas,
- Acceso oportuno a los medicamentos ARVs en caso que lo amerite
- Notificación a vigilancia epidemiológica y componente nacional del evento sea este ocupacional y no ocupacional según flujo de notificación de los establecimientos.

Existen medidas preventivas que deben aplicarse a lo inmediato válidas para la profilaxis posexposición ocupacional y No ocupacional. (Tabla No.)

Tabla No.1

Recomendaciones de Actuación Inmediata en Exposición Ocupacional frente a VIH¹⁶	
Exposición percutánea*	lavar con agua y jabón
Contaminación Cutánea*	Lavado con agua y Jabón
Contaminación mucosa*	Lavada con agua
Ojos	Irrigar con agua limpia, suero fisiológico, agua estéril o colirio de povidona yodada al 10%.

*Estas recomendaciones son igualmente válidas para exposiciones No ocupacionales

Consideraciones para iniciar profilaxis postexposición

El inicio de la profilaxis debe indicarse lo antes posible, en las primeras 6 horas de la exposición y como tiempo máximo hasta 72 horas de ocurrido el evento.

- La indicación de la profilaxis tendrá una duración de 30 días.
- La administración de la profilaxis PEO y PNO será de forma consensuada entre el médico y la persona afectada.
- La terapia se iniciará con tres fármacos antirretrovirales(esquema de primera línea)
- La persona que reciba profilaxis con ARVs deberá dar por escrito su consentimiento previa explicación de los beneficios y riesgos
- Explicar las posibles reacciones adversas e interacciones.

¹⁶ Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/ CEEISCAT sobre la profilaxis postexposición frente Al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. SANIDAD 2008

La decisión de usar Profilaxis postexposición dependerá del:

- Tipo de exposición.
- Estado clínico y virológico de la persona fuente.
- Independientemente del tipo de riesgo se deberá iniciar PPE y posteriormente reevaluar la situación de la persona expuesta.

Si la persona expuesta amerita se instaure profilaxis con ARVs y la rechaza esta decisión deberá quedar documentado en el expediente clínico.

Además de lo anteriormente señalado para la profilaxis postexposición ocupacional, deberá realizarse:

- Anamnesis y exploración física
- Antecedentes personales de enfermedades previas.
- Consejería educativa individualizada a la persona expuesta sobre la prevención.
- Indicar análisis de hemograma, perfil renal (Nitrógeno, urea y creatinina)
- Hepático (TGO, TGP) y lipídico (triglicérido, Colesterol HDL y LDL) y examen general de orina, serología para VIH.
- Antes de comenzar la PPE, la persona expuesta debe firmar un documento de consentimiento informado.

Las pautas posibles de elección y alternativas se presentan en la Tabla No. 2. Como norma general un médico experimentado en terapia antirretroviral (TARV) evaluará el caso y seleccionará la pauta. Esto será obligatorio para todas las situaciones de riesgo.

Tabla No. 2		
Recomendaciones Generales para Profilaxis Post Exposición Ocupacional (PPEO) frente al VIH		
Tipo de exposición	Tipo de material	Recomendación de profilaxis
Percutánea	Sangre*	
	• Riesgo muy alto	Recomendar
	• Riesgo alto	Recomendar
	• Riesgo no alto	Ofrecer
	Líquido que contiene sangre, otros líquidos infeccioso o tejidos **	Ofrecer
	Otros líquidos corporales	No recomendar
Mucosas	Sangre	Ofrecer
	Líquido que contiene sangre, otros líquidos infeccioso o tejidos	Ofrecer
	Otros líquidos corporales	No recomendar
Piel de alto riesgo***	Sangre	Ofrecer
	Líquido que contiene sangre, otros líquidos infeccioso o tejidos	Ofrecer
	Otros líquidos corporales	No recomendar

*Riesgo muy alto se define como accidente con gran volumen de sangre (pinchazo profundo con aguja hueca utilizada en arterias y venas del paciente) y con carga viral VIH elevada. Riesgo Alto se define como accidente con alto volumen de sangre o accidente con sangre que contiene carga viral VIH elevada. Riesgo no alto aquel accidente en que no se da

exposición a gran volumen de sangre, ni a sangre con carga viral VIH elevada. (pinchazo con aguja de sutura de paciente en fase asintomática de infección por VIH con carga viral baja o indetectable).

**Incluye semen, secreciones vaginales líquido cefalorraquídeos y líquidos sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico y amniótico

*** Contactos cutáneos de alto riesgo cuando se trata de líquidos con carga viral VIH elevada el contacto es muy prolongado, el área es extensa o hay zonas de piel no integra.

10.4 Tratamiento

Consejería y Apoyo Psicológico

Ante la exposición a una infección por VIH el personal de salud deberá brindar información clara y objetiva sobre los aspectos concerniente a la infección por VIH, motivar al paciente para detectar los posibles factores de riesgos, las pautas de auto cuidado, promoción de aspectos que mejoren el bienestar físico, psicológico y social, reforzar los elementos positivos de la persona como la autoestima y sobre todo conservar los principios de una consejería imparcialidad en privacidad, confidencial, veraz y voluntaria.¹⁷

El clínico valorará en la visita inicial o de seguimiento la necesidad de proporcionar apoyo psicológico en función del nivel de ansiedad o preocupaciones que presente la persona.

Si el nivel de angustia es elevado, se corre el riesgo que la información brindada por el médico sea de difícil comprensión por el estado emocional de la persona, lo cual tendría efecto sobre la adherencia al tratamiento. Cuando el caso fuera una agresión sexual se recomendará siempre la valoración psicológica¹⁸.

A la persona abusada se le deberá presentar todas las alternativas posibles, desde la continuación del proceso terapéutico tanto a nivel individual como el ingreso a un grupo de autoayuda. También dentro de las alternativas presentadas deberá estar la denuncia y el posterior proceso judicial si este aún no ha sido contemplado por la persona abusada adulta y en el caso de menores deberá proponérselo a la madre/padre o tutor (es).

Profilaxis con ARVs.

Grupos farmacológicos de antirretrovirales

ITRAN (Inhibidores de la transcriptasa reversa análogos nucleósidos)

Abacavir	(ABC)
Didanosina	(ddl)
Lamivudina	(3TC)
Tenofovir	(TDF)
Zidovudina	(AZT)

¹⁷ Manual de Consejería Ministerio de Salud, 2005

¹⁸ Abordaje psicológico personas con VIH, Nicaragua 2010

ITRAN en combinaciones a dosis fijas

Zidovudina + Lamivudina (AZT +3TC)

Emtricitabina+ tenofovir (FTC+ TDF)

ITRNN (Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos)

Efavirenz (EFV)

Nevirapina (NVP)

IP (Inhibidores de proteasa)

Lopinavir/ritonavir (LPV/r)

Atazanavir (ATV)

Darunavir (DRV)

Ritonavir (RTV)

Pautas de tratamiento

Las recomendaciones para el uso de profilaxis con fármacos antirretrovirales (ARVs) después de una exposición a fluidos biológicos se basan en datos de estudios observacionales en personal de salud expuestos, en evidencias indirectas de modelos experimentales y en ensayos clínicos que han evidenciado su eficacia en la prevención de la transmisión vertical. Las guías existentes en la literatura sobre PPE¹⁹ tienen en consideración el riesgo de los diferentes tipos de exposición, los conocimientos y la experiencia acumulada en terapéutica antirretroviral y los datos disponibles sobre toxicidad de la PPE puesto que algunas exposiciones no suponen un peligro apreciable para la persona expuesta, debe realizarse un análisis individual en función del riesgo de transmisión y evitar el uso indiscriminado de PPE. Sin embargo, requiere una evaluación clínica urgente y en algunos casos, deberá iniciarse profilaxis antirretroviral sin demora.

Según datos obtenidos en terapia con ARVs la máxima supresión vírica se alcanza con la combinación de tres fármacos altamente efectivos, estos teóricamente ofrecen una mayor probabilidad de prevenir la infección en las personas expuestas, la recomendación para seleccionar fármacos ARVs en PPE han seguido los patrones de uso de estos fármacos en la terapéutica y está basado en opiniones de expertos. Así mismo se demostró que la PPE con Zidovudina (AZT) disminuyó en un 81% el riesgo de transmisión en trabajadores de salud después de una exposición percutánea²⁰.

El TARV convencional consiste en la combinación de tres fármacos pertenecientes a dos clases diferentes. Las pautas preferida incluyen la combinación de dos AN (generalmente Lamivudina o Emtricitabina con Zidovudina y Efavirenz) como segunda elección Lamivudina +Zidovudina + Lopinavir /ritonavir y de tercera elección Zidovudina+ Lamivudina + Tenofovir.

¹⁹ Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recommendation from the US Department of Health and Human Services. MMWR Recomm Report 2005; 54: 1-20. Nourse CB, Charles CA, McKay M, Keenan P, Butler KM. Childhood needlestick injuries in the Dublin metropolitan area. Ir Med J 1997; 90: 66-9.

²⁰ Puro V. Post-Exposure prophylaxis for HIV infection. Italian Registry of Post-Exposure Prophylaxis. Lancet 2000; 355: 1556-7.

Esquemas ARVs para la profilaxis postexposición

Para la profilaxis por exposición se indicaran los esquemas de primera línea

Tabla No. 3		
Esquemas de ARVs para PPEO y PPENO		
ESQUEMA	Esquema ARVs	DOSIS
Primera elección	AZT / 3TC +EFV	300 mg BID / 150 mg BID + 600 mg ID
Segunda elección	AZT / 3TC + LPV/RTV	300 mg BID / 150 mg BID +400/100mg BID
Tercera elección	AZT / 3TC + TDF	300 mg BID / 150 mg BID + 300 mg ID

En caso de presentar reacciones adversas a la Zidovudina la alternativa es: FTC/TDF (300mg/200mg ID) o bien TDF+3TC (300mg ID+150mg BID).

10.5 Reacciones adversas e interacciones

Las personas con pautas de tratamiento con ARVs en el contexto de la PPE pueden presentar efectos secundarios y/o toxicidades, también puede darse interacciones medicamentosas del ARVs prescrito con medicamentos que reciben habitualmente²¹ es fundamental tenerlo presente a fin de evitar abandonos de la terapia prematuramente.

Existen estudios que evidencian que aproximadamente una cuarta parte de las personas que reciben tratamiento antirretroviral por una PPE lo suspenden debido a estos motivos, especialmente si la pauta incluye un inhibidor de la proteasa.

Factor fundamentalmente a tener en cuenta en el seguimiento de los pacientes, a los que debe informarse los riesgos potenciales del tratamiento con ARVs.

Entre los primeros están la toxicidad hepática, pancreatitis y entre los efectos a largo plazo podemos encontrar la redistribución grasa corporal, así como las anormalidades del colesterol y/o los triglicéridos. Estas alteraciones pueden ocurrir tanto en pacientes tratados con IP como en aquellos manejados con otro tipo de ARVs.

Otros trastornos reportados en la literatura incluyen: erupciones cutáneas, neuropatía periférica, trastornos gastrointestinales, anemia, neutropenia y diabetes.²² (Revisar Guía ARVs en adultos).

²¹ Sagalés M, Villà MC, Pedrol E. Interacciones medicamentosas. AIDS Cy J 2004; (<http://www.prous.com/ttmsida>). 2007.

Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. A case control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. N Engl J Med 1997; 337: 1485-90

²² Guía ARVs en Adultos, Nicaragua, abril 2009

Reacciones adversa más frecuentes ARVs.

Todos los fármacos antirretrovirales pueden producir toxicidad a corto plazo, aunque en general no suelen ser graves. Los principales efectos secundarios pueden aparecer durante la profilaxis postexposición

Zidovudina

Cansancio, náuseas, vómitos, dolor abdominal, insomnio, dolor de cabeza, mareos, dolor muscular y con poca frecuencia anemia o neutropenia.

Lamivudina

Dolor abdominal, náuseas, diarrea, erupciones cutáneas y raramente pancreatitis.

Emtricitabina

En combinación con tenofovir, Tab. 200 mg de FTC + 300mg de TD, alteración del sueño, prurito e hiperpigmentación.

Tenofovir

Náuseas, vómitos, diarrea, flatulencia, dolor de cabeza y raramente alteraciones renales.

Efavirenz

Sueños anormales, mareos, confusión, dificultad para concentrarse, erupción cutánea.

Nevirapina

Rash, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, hepatitis, reacciones de hipersensibilidad dolor de cabeza, fatiga, fiebre, y menos comunes anemia, mialgias, artralgias, osteonecrosis.

Lopinavir/Ritonavir

Náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, cansancio, dolor de cabeza y en ocasiones aumento del colesterol y los triglicéridos.

Interacciones medicamentosas más importantes

Al prescribir la TARV deben tenerse en consideración tanto las interacciones entre los mismos ARVs como las de otros medicamentos utilizados en la práctica clínica cotidiana.

Algunos fármacos no ARVs empleados con relativa frecuencia en las personas con VIH están involucrados en interacciones mediadas por citocromo P450, tales como rifampicina, rifabutina, ketoconazol, itraconazol, fluconazol, claritromicina, eritromicina y otros.

La administración combinada de algunos ARVs puede aprovechar las interacciones fármaco-cinéticas por los beneficios que aportan a la biodisponibilidad de los mismos (IP reforzados).

Deberán evitarse algunos agentes que provocan interacciones potencialmente peligrosas como el astemizol, terfenadina, cisapride, ergotaminas y benzodiazepinas de larga duración²³. (Revisar Guía TARV Adultos 2009)

10.6 Seguimiento de la persona expuesta

El seguimiento es un aspecto esencial de cualquier programa de PPE los acontecimientos adversos son una de las causas más frecuentes de abandono del tratamiento, para mejorar la adhesión es aconsejable informar sobre los efectos secundarios esperados y cómo deben manejarse. Este seguimiento debe ser igual tanto para el que recibió la profilaxis como el que no. El tiempo y las determinaciones recomendadas son:^{24,25}

- El seguimiento debe hacerse por un período de 6 meses
- Se hará una evaluación de la toxicidad de ARVs que consistirá en examen físico, y todos aquellos parámetros clínicos antes de iniciar la TARV.
- A las 4-6 semanas indicar Biometría hemática completo, perfil renal (Nitrógeno, Urea y creatinina) hepático (TGO, TGP) y lipídico (triglicérido, Colesterol HDL y LDL) y examen general de orina, serología para VIH.
- A los 3 meses realizar serología para VIH.
- A los 6 meses: serología para VIH.
- Ofrecer test de embarazo a la mujer en edad reproductiva.
- En caso de persona expuesta que se presente posterior a las 72 horas del accidente no se recomienda el inicio tardío de la profilaxis, deberá realizarse vigilancia estrecha en busca de signos y síntomas de infección aguda por VIH.

²³ Guía TARV Adultos, Nicaragua abril 2009

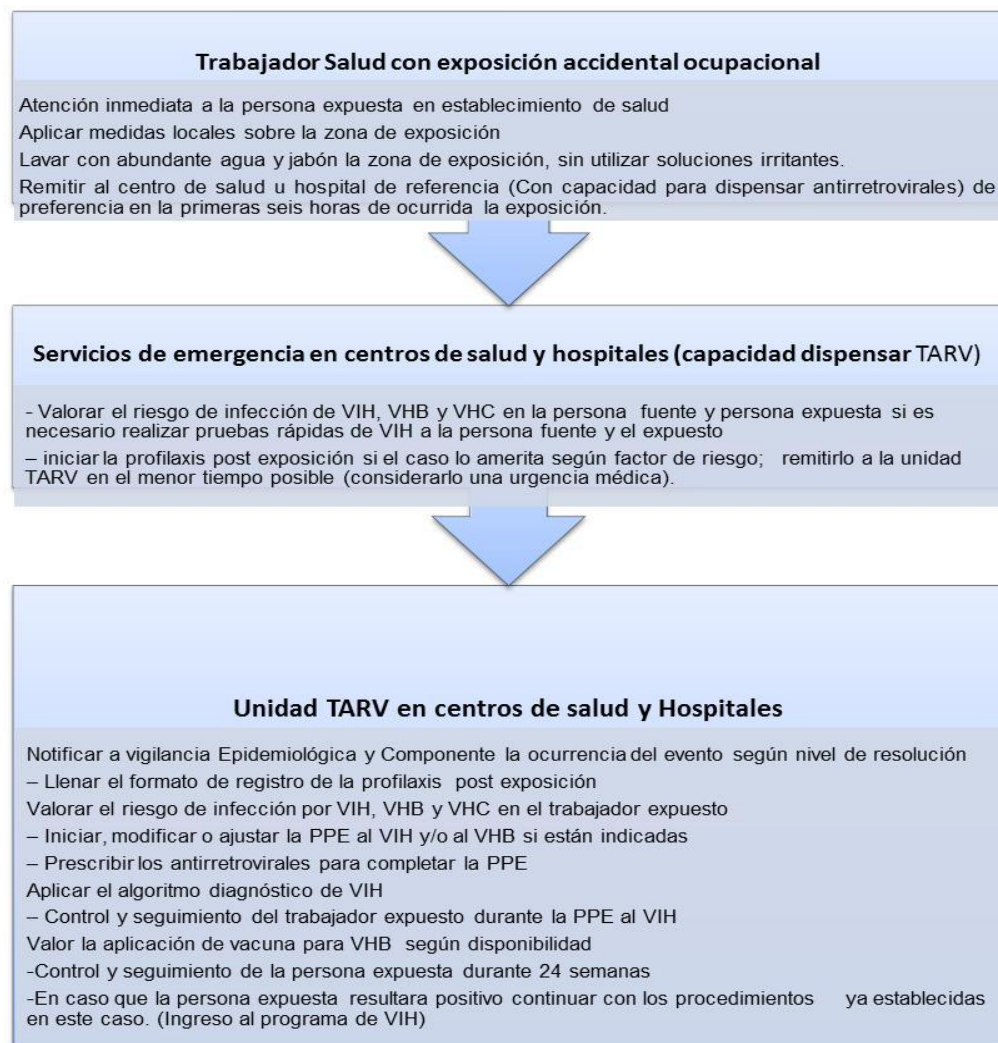
²⁴ Grupo de Consenso Español sobre Profilaxis Postexposición no ocupacional al VIH (Coordinadores: Almeda J y Casabona J). Recomendaciones para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20: 391-400.

²⁵ Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other non occupational exposure to HIV in the United States. Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR* 2005; 54 (RR-2):1-17.

- Valoración psicológica en dependencia la condición del la persona expuesta.

Se recomienda educar sobre las medidas preventivas de la transmisión del VIH y otras ITS durante el seguimiento. Si se diagnóstica la infección por alguno de los virus anteriormente señalados se brindará atención y cuidados integrales según el evento presentado.

Flujo de actuación ante una exposición ocupacional a material biológico, sangre y fluidos corporales



Estos procedimientos deben adaptarse en función del as características propias
De cada establecimiento

XI. Profilaxis post exposición no ocupacional

La PPENO debe formar parte de una intervención médica integral que, además de la valoración del riesgo y la realización de pruebas diagnósticas para la infección por VIH y otras ITS, debe incluir educación en salud sexual acerca de cómo evitar o reducir la transmisión (las personas opten por cambios de prácticas y/o comportamientos de riesgo). La PPENO estaría dirigida en situaciones donde se produce una exposición al VIH de manera accidental por vía sexual o sanguínea fuera del ámbito sanitario.

En la PPENO, la situación de la persona fuente no se conoce en la mayoría de los casos y sólo en una minoría se alcanza realizar los análisis correspondientes, generalmente el inicio es tardío, la tolerancia, la adherencia y el seguimiento son muy inferiores a la PPEO.²⁶ Según estudios los fracasos de la profilaxis se han atribuido al inicio tardío, la mala adherencia al tratamiento y exposiciones repetidas al VIH²⁷.

El riesgo que una persona se infecte por el VIH en la exposición no ocupacional comparte similares factores que la exposición ocupacional y estará en dependencia de la probabilidad que la fuente sea VIH+, tipo y características de la exposición, ineffectividad de la fuente, susceptibilidad individual, carga viral, presencia de infecciones de transmisión sexual en la persona expuesta o en la fuente y existencia de sangrado o menstruación durante la relación sexual, son factores que incrementan el riesgo de transmisión del VIH.

11.1. Factores de riesgo de transmisión no ocupacional al VIH

- **Agresión sexual (violación):** Al ser el acto sexual traumático implica la posibilidad de laceración de la mucosa y por tanto, de transmisión del VIH.
- **Infectividad del individuo fuente:** Cargas virales elevadas o signos de infección avanzada (cifra baja de linfocitos CD4 o enfermedades definitorias de VIH avanzada), así como la existencia de infección aguda incrementarían la probabilidad de transmisión.
- **Presencia de otras infecciones:** Infección de transmisión sexual (ITS) o de heridas o lesiones en el área genital expuesta.
- **Presencia de sangrado:** el desprendimiento del endometrio facilita la entrada del VIH.

26

²⁷ Nourse CB, Charles CA, McKay M, Keenan P, Butler KM. Childhood needlestick injuries in the Dublin metropolitan area. Ir Med J 1997; 90: 66-9.

La mujer en edad fértil que tuvo un contacto sexual de riesgo siempre debe considerar la posibilidad de un embarazo para adoptar medidas contraceptivas en caso que se requiera.

Tipos teóricos de exposición no ocupacional

- Sexual (práctica consentida).
- Violación.
- Transfusión de sangre o hemoderivados.
- Accidentes con agujas u objetos cortantes.
- Contacto materno infantil con fluidos o tejidos infectados.
- Mordeduras.
- Transmisión materno infantil y lactancia.

No obstante, en la práctica la transmisión **no ocupacional del VIH** ocurre casi siempre por vía sexual o parenteral.

Evaluación del riesgo según vía de exposición para la infección por el VIH

Vía sexual

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

Toda persona que solicita los servicios de salud por violación sexual debe tratarse con el debido respeto a su dignidad, el derecho a la igualdad, la privacidad, confidencialidad, y la no discriminación, independientemente de su identidad de género y orientación sexual²⁸

²⁸ Guía clínica de la profilaxis post exposición San Salvador, diciembre 2012

En las **Tablas No. 4 y 5** se clasifican las distintas prácticas sexuales en función del grado del riesgo, donde la fuente de infección por el VIH es conocida o ignora su estado serológico.

Tabla No. 4. Evaluación del Riesgo de Infección por Vía Sexual cuando la persona fuente está infectada por el VIH		
Riesgo alto (0,8-3%)	Bajo riesgo (0,05-0,8%)	Riesgo mínimo (0,01-0,05%)
- Recepción anal con eyaculación*	- Recepción vaginal con eyaculación* - Recepción anal sin eyaculación* - Recepción vaginal sin eyaculación* - Penetración anal* - Penetración vaginal* - Sexo orogenital con eyaculación*	- Sexo oral sin eyaculación* - Sexo orogenital Femenino

* Sin utilizar preservativo o con rotura o mal uso del mismo

Tabla No.5 Evaluación del Riesgo de Infección por Vía Sexual cuando no se conoce si la persona fuente está infectada por el VIH.		
Bajo riesgo (0,05-0,08%)	Riesgo mínimo (0.01- 0,05%)	Riesgo nulo(< 0,01)
- Recepción anal con eyaculación*	- Recepción anal sin eyaculación* - Recepción vaginal sin eyaculación* - Penetración anal* - Penetración vaginal* - Sexo oral con o sin eyaculación*	- Besos - Caricias - Masturbación - Contacto de secreciones con piel íntegra

* Sin utilizar preservativo o con rotura o mal uso del mismo

Vía parenteral

En la **Tabla No. 6** se clasifica el riesgo de transmisión parenteral de la infección por VIH en grados alto, bajo y mínimo. La transmisión de la infección por el VIH entre los usuarios de drogas por vía parenteral es alta, no se hará distinción en el estado serológico del caso fuente y se asume la posibilidad de infección por VIH con relación a la valoración del riesgo.

Tabla No.6. Evaluación del Riesgo de Infección por VIH por Vía parenteral		
Riesgo Alto (0,8-3%)	Bajo riesgo (0.05-0,8%)	Riesgo mínimo (0,01-0,05%)
- Compartir jeringuillas o agujas usadas - Pinchazo profundo o con abundante sangrado con una jeringuilla de forma inmediata tras haber sido usada por un caso fuente desconocido	- Uso de una jeringuilla de origen desconocido - Pinchazo superficial tras uso por el caso fuente - Contacto abundante de sangre del caso fuente con mucosas del sujeto afecto	- Compartir el resto del material de inyección (recipiente, cuchara, algodón, filtro, etc.). - Pinchazo accidental con sangrado poco intenso con la aguja de una jeringuilla de procedencia desconocida

Consideraciones para iniciar profilaxis post exposición no ocupacional.

Antes de plantear el TARV profiláctico hay que confirmar que la exposición al VIH sea de carácter excepcional. En caso de exposiciones repetidas no se realizará PPE y se informará sobre los riesgos y las medidas de prevención que deben adoptarse para disminuir las posibilidades de transmisión²⁹.

La eficacia del tratamiento disminuye rápidamente tras la exposición por lo que se recomienda iniciarlo antes de las 6 primeras horas y siempre antes de 72 horas³⁰. Dado que la PPE no asegura la protección frente a la infección, deberá insistirse en las medidas de prevención primaria, como:

- Evitar prácticas de riesgo
- Uso correcto y consistente del condón
- No compartir material inyectable

Deberán recopilarse todos los datos del caso fuente y efectuar un seguimiento serológico de la persona expuesta, independientemente si se recomienda la PPE.

²⁹ Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR 2005; 54 (RR-2):1-17.

³⁰ Panilio AL, Cardo DM, Grohskopf LA, Heneine W, Ros CS. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR Recomm Rep 2005; 54: 1-17.

11.2. Procedimientos

- **Exposiciones con riesgo alto**

Se recomienda realizar profilaxis postexposición

- **Exposiciones con riesgo bajo:**

Puede considerarse realizar profilaxis postexposición. Esto indica que la profilaxis postexposición es opcional y la decisión se tomará de forma individualizada entre la persona expuesta y el médico responsable, valorando los riesgos y los beneficios potenciales.

- **Exposiciones con riesgo nulo**

La profilaxis por exposición no está indicada.

Además de lo anteriormente señalado para la profilaxis postexposición ocupacional, deberá realizarse:

- Anamnesis y exploración física.
- Valoración, profilaxis y/o tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual.
- Consejería educativa individualizada a la persona expuesta sobre la prevención por vía sexual o parenteral de enfermedades transmisibles.
- Pruebas diagnósticas de otras ITS (según manejo sindrómico).
- Biometría hemática completa y bioquímica general que incluya enzimas hepáticas (TGO y TGP) y parámetros de función renal (nitrógeno, urea y creatinina) si va iniciar quimioprofilaxis), examen general de orina, serología para VIH.
- Prueba de embarazo a toda mujer que haya tenido una exposición sexual.
- Indicar prueba rápida de VIH, la persona expuesta y seguir algoritmo diagnóstico según resultado.
- Firmar un documento de consentimiento informado previa consejería
- Exploración genital/ano rectal en caso de contacto sexual.
- En caso de contacto sexual realizar cultivos de exudado vaginal y/o ano rectal.
- En caso de violación notificar el evento desde el punto de vista legal según canales establecidos para tal efecto.
- Brindar valoración psicológica según condición de la persona expuesta con especial atención a la violación (Revisar Guía de abordaje psicológico a persona con VIH).

A toda persona ante una exposición de riesgo se les informará sobre el cuadro clínico de la primoinfección por VIH y se les indicará que consulten en caso de presentarlo³¹

Además requiere seguimiento por diversas disciplinas como Psicología, Ginecología y otras. Se recomienda recordar las medidas preventivas de la transmisión del VIH, VHB, VHC y otras ITS durante el seguimiento. Si se diagnóstica la infección por algunos de los virus se brindará la atención necesaria requerida según cada caso.

Tratamiento

La pautas antirretrovirales recomendadas son las mismas que en la PPEO. En general, cuando esté indicada la PPENO, debe emplearse una pauta convencional con tres fármacos ARVs, siendo la duración del tratamiento 30 días. Teniendo en cuenta los datos de los modelos experimentales se recomienda que se administre durante 4 semanas.

- Si no se conoce el estado VIH del caso fuente pero es usuario de drogas inyectables (UDI) y pertenece a una población con prevalencia de infección VIH $\geq 10\%$, se actuará igual que si estuviese infectado.
- En caso de violación y se desconoce la situación de la fuente debe indicarse de inmediato la profilaxis con ARVs, decisión consensuada siempre con la persona expuesta.
- Ante exposición por vía sexual deben realizarse siempre los procedimientos diagnósticos adecuados e instaurar una pauta de profilaxis antibiótica en dosis única (ceftriaxona: 125 mg. IM. + metronidazol: 2 gr. v.o. + azitromicina: 1 gr. V.O.) que funciona para Chlamydia, sífilis, gonococo y Trichomonas vaginales.

Pasada las 72 horas de la exposición la profilaxis no se recomienda.

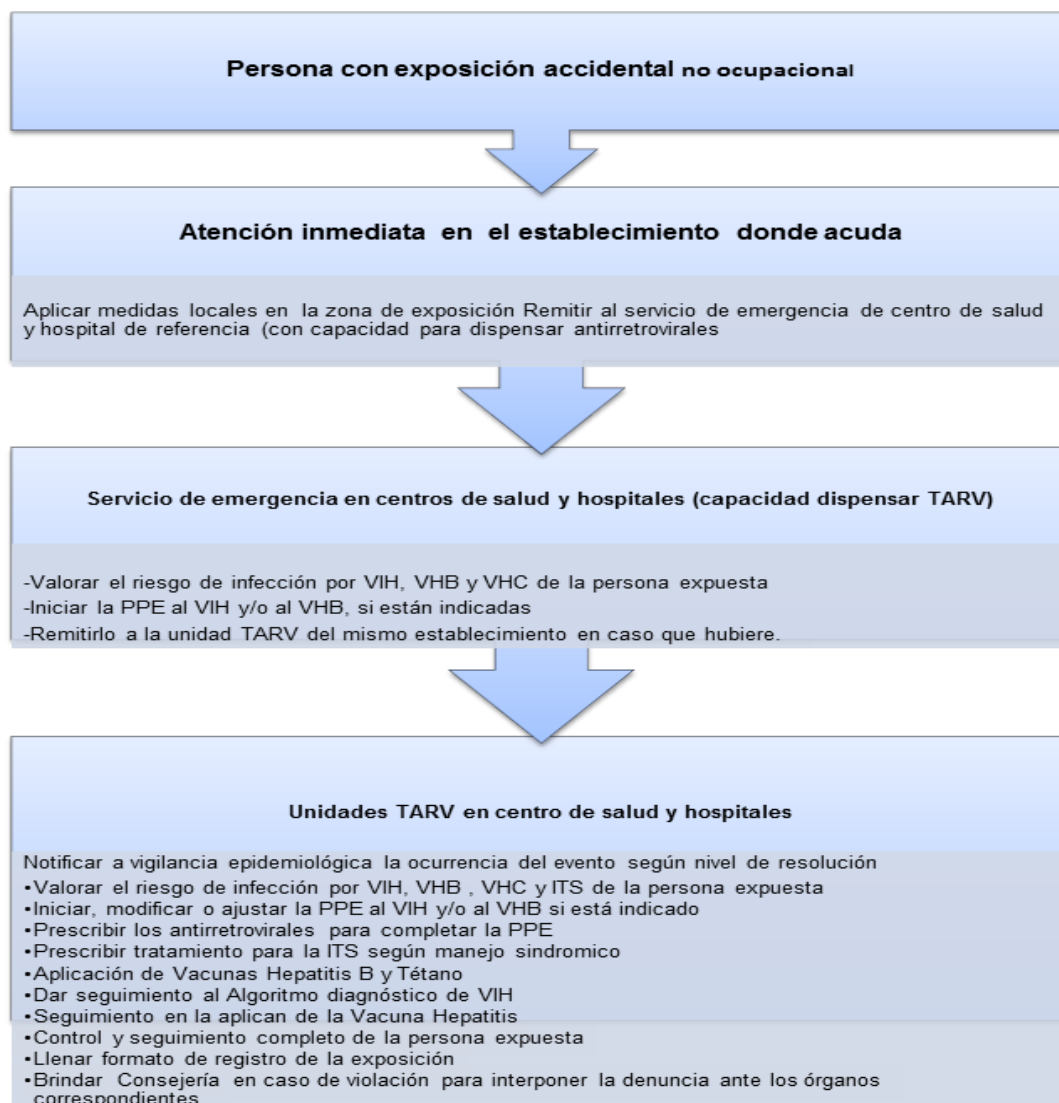
11.3. Seguimiento de la persona expuesta y de la fuente

El seguimiento es un aspecto esencial de la PPE. Puesto que los acontecimientos adversos son una de las causas más frecuentes de abandono al tratamiento, para mejorar la adhesión es aconsejable informar sobre los efectos secundarios y cómo pueden controlarse, en general, no se aconseja la determinación de carga viral, excepto cuando existen síntomas de sospecha de primoinfección.

³¹ Almeda J, Casabona J, Simon B, Gerard M, Rey D, Puro V, et al. Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe. Euro Surveill 2004;9:35-40. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/em/v09n06/0906-223.asp>.

El seguimiento de la persona expuesta, de la fuente y de profilaxis Post exposición no ocupacional es de igual manejo que en los casos de la exposición ocupacional.

Flujo de actuación ante una exposición accidental no ocupacional a material biológico (2)



Estos procedimientos deben adaptarse en función de las características propias de cada establecimiento

El acceso a los ARVs debe estar disponible en farmacia de centros de salud y hospitales las 24 horas del día, asegurando un pequeño stock. Se debe proporcionar a la persona expuesta una dosis diaria para tres días mientras acude a la unidad TARV.

Si la asistencia en el servicio de emergencia del hospital se realiza en horario laboral, deben remitirlo el mismo día a la Unidad TARV.

XII. Situaciones Especiales

Embarazo

Si la persona expuesta es una mujer embarazada, no existe contraindicación para el uso de Efavirenz, según últimos informe de la OMS donde una acumulación de datos científicos indica su eficacia y tolerancia es superior a la Nevirapina³². No se recomienda la combinación de Estavudina y Didanosina, por su elevada toxicidad.

En caso de mujeres embarazadas expuestas al virus del VIH por riesgo ocupacional y no ocupacional se deberá tener en cuenta:

- Edad gestacional
- La terapia con ARVs en embarazadas debe iniciarse a partir de las 14 semanas de gestación
- Según tipo de exposición (ver cuadro No.2)
- Aplican medidas indicadas en la profilaxis ocupacional.
- Atención psicológica según condición
- Si requiere profundizar en algún aspecto sobre el seguimiento y manejo de la embarazadas³³.

XIII. Selección de Fármacos Antirretrovirales para la Profilaxis Postexposición

El uso de PPE en embarazadas requiere consideración especial. Al establecer la indicación deben tenerse presente los posibles efectos secundarios. Para el manejo de la embarazada se utilizan los esquemas de tratamiento recomendados para la profilaxis ocupacional. Tabla No.3

³² Uso de Efavirenz durante el embarazo una perspectiva de salud pública OMS, Junio 2012

³³ Consultar Protocolo de Manejo de la Transmisión materno infantil del VIH y las Sífilis congénita, Nicaragua, año 2012

13.1 Agresiones sexuales

La infección por el VIH y otras infecciones en víctimas de violación presentan un mayor riesgo de infección debido a heridas y laceración de las mucosa vaginal y ano rectal. El riesgo es aún más elevado en caso de violación múltiple o repetida y si hubo eyaculación. En las personas que han sufrido una agresión sexual la valoración del riesgo y la decisión de recomendar PPE se aplicará según clasificación del riesgo.

Ante la presencia de una violación, debe asegurarse en primera instancia, la remisión de la víctima al establecimiento de salud más cercano, dado que la replicación viral se produce en las primeras 72 horas de ocurrido el hecho. El personal de salud orientará a la víctima sobre los aspectos y procedimientos que legalmente deberá seguir ante este caso. (Denuncia ante delegación policial u otra instancia de competencia).

Debe existir una estrecha coordinación entre el Ministerio de salud, Medicina Legal Policía Nacional y Comisaría de la Mujer y la Niñez para garantizar el seguimiento de la atención integral de la persona expuesta.

13.2 Niños, niñas y adolescentes

Las situaciones de exposición al VIH durante la edad pediátrica, con exclusión de la transmisión vertical u horizontal por lactancia, son menos frecuentes que en la edad adulta, quedando restringidas prácticamente a accidentes (pinchazo accidental) y a abuso sexual³⁴. Actualmente, no existen estudios pediátricos con datos sobre los distintos riesgos calculados según la exposición y otros factores, por lo que se asumen los evidenciados en estudios de adultos.

En cuanto a otros virus, cabe reseñar que el riesgo de transmisión de hepatitis B en la edad pediátrica en nuestro medio es mínimo, debido al inicio precoz de la vacunación (tres dosis en los primeros 6 meses de vida) y a la excelente cobertura vacunal actual. No obstante, debe tenerse presente el incremento de población pediátrica inmigrante no vacunado.

Situaciones de exposición:

- **Pinchazo accidental** con agujas de usuarios de drogas por vía parenteral infectados por VIH.
- **Accidente domiciliario** con material cortante (máquinas de afeitar, navajas, etc.) de adulto o adolescente infectados por VIH.
- **Accidentes en la infancia:** Contacto con fluidos o tejidos infectados, mordedura, contacto estrecho en juegos o deportes.

³⁴ Nourse CB, Charles CA, McKay M, Keenan P, Butler KM. Childhood needlestick injuries in the Dublin metropolitan area. Ir Med J 1997; 90: 66-9.

- **Abuso sexual:** Entrañan un mayor riesgo de transmisión viral en niños y niñas: mayor vulnerabilidad anatómica a los traumatismos, mucosa vaginal y anal más fina, ectopia cervical, el riesgo en caso de penetración confirmada, puede ser mayor que el derivado de estudios en adultos, sobre todo en niños pequeños y en caso de producción de lesiones importantes (desgarros, etc.).
- **Contacto sexual consentido:** Dado el aumento y la mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, este punto **no debe pasarse** por alto en pediatría, que incluye la edad adolescente.

13.3 Pautas en niños, niñas y adolescentes

La base racional para la indicación de profilaxis secundaria ante exposición a VIH se basa en la comprensión del mecanismo de transmisión de la exposición percutánea o mucosa al virus, existiendo un “periodo ventana” de 24 a 72 horas desde que se produce infección de las células dendríticas hasta que se infectan los linfocitos.

- Realizar primera consulta en los servicios de emergencia hospitalarias de preferencia con el pediatra.
- Si la primera consulta se realizará en un lugar diferente del servicio de emergencia, este será remitido a la unidad correspondiente de forma inmediata con la hoja de referencia.
- Contar con un *kit* de fármacos ARVs pediátricos en cantidad suficiente para cubrir al menos 3 días de tratamiento.
- Los niños, niñas y adolescentes expuestos será remitido a la unidad que brinda TARV para su atención de manera inmediata.
- La PPE debe indicarse en las primeras 6 horas y antes de las 72 horas posteriores a la exposición.
- Indicar serología para VIH.
- Indicar prueba de embarazo en caso de las adolescentes.
- Indicar anticoncepción de emergencia en caso de las adolescentes.
- Ofrecerse apoyo psicológico según condición.
- Seguimiento por trabajo social en caso que se requiera.
- Aplicar medidas según profilaxis No ocupacional.

13.4 Tratamiento

Al igual que en los adultos la duración de la profilaxis post exposición no ocupacional en niños, niñas y adolescentes tiene una duración de 30 días.

Recomendaciones

- Se recomienda iniciar tratamiento con TARV lo antes posible.
- Debe indicarse triple terapia incluyendo 2 análogos de nucleósidos (AN) + un inhibidor de la proteasa (IP). La combinación recomendada es: Zidovudina+Lamivudina+Lopinavir/ritonavir por contar con formulaciones pediátricas, experiencia en su utilización, potencia y disponibilidad en todas las unidades TARV.
- En algunas circunstancias puede ser necesario modificar esta pauta por el desarrollo de efectos adversos, rechazo de la triple terapia por parte del paciente o su tutor.
- Si hay sospecha de infección con una cepa resistente y se conoce la historia antirretroviral de la fuente puede efectuarse el cambio en el esquema de tratamiento, previa interconsulta con el especialista.
- Se informará al paciente, de forma acorde a su edad, y a su tutor legal de los posibles efectos secundarios de los medicamentos indicados.

Características de los fármacos, dosis y efectos adversos.

Esquema recomendados para la Post exposición
Tabla No. 7

Recomendación	Drogas ARV	Dosis
Ampliado extendido		
Esquema sugerido	AZT + 3TC+LPV/RTV	300mg ID+150 mg BID+ 400/100mg BID

Como fármacos ARVs alternativos: Nevirapina y Didanosina

Tabla No. 8

Prevención de ITS en Adolescentes que presentan un Abuso Sexual³⁵.

Agente Causal	Profilaxis antirretroviral	Medicación
Neisseria gonorrhoea	Antibioticoterapia	Ceftriaxona 125 mg Dosis única recomendada de 125 mg.IM
Chlamydia trachomatis	Antibioticoterapia	Azitromicina (1 gr.) Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días(excepto en embarazadas)
Gardnerella vaginalis Trichomonas vaginalis	Antibioticoterapia	Metronidazol 2grs. dosis única vía oral
Hepatitis B yTétanos	Inmunización	Vacuna anti hepatitis B Toxoide tetánico

Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de Nucleósidos

Tabla No. 9

Lamivudina (3TC)
Formulaciones
Solución oral: 10 mg/ml frasco 240 ml
Comprimido: 150 mg y 300 mg
Edad (peso), dosis y frecuencia de administración
Dosis proyectada: 4 mg/kg/dosis, 2 veces al día (dosis máxima: 150 mg/dosis, 2 veces al día)
En mayores de 1 mes: 4 mg/kg/dosis, 2 veces al día
Dosis con peso mayor de 50 kg: 150 mg/dosis, 2 veces al día
Otras observaciones
Consideraciones generales:
Bien tolerada
Sin restricciones respecto a los alimentos
También activa contra la hepatitis B
Solución oral:
Conservar a temperatura ambiente (a 25 °C; no utilizar posterior al mes de su apertura)
Comprimidos:
Almacenar a 25 °C (intervalo permitido: 15 °C a 30 °C)
Pueden triturarse y puede mezclarse con un poco de agua o alimentos e ingerirse de inmediato
Datos farmacocinéticos:
Disponible para todas las edades

³⁵ GUÍAS DE MANEJO PARA LA EXPOSICIÓN VERTICAL AL VIH Y ENFERMEDAD POR EL VIH SIDA
PEDIÁTRICO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Tabla No.10

Zidovudina (AZT)
Formulaciones
Jarabe: 10 mg/ml frasco 200-240 ml Comprimido: 300 mg
Edad (peso), dosis y frecuencia de administración
Dosis proyectada para los niños mayores de 6 semanas: Oral: 180-240 mg/m ² /dosis, 2 veces al día (dosis diaria total de 360-480 mg/m ²) Dosis máxima: 300 mg/dosis, 2 veces al día Otras observaciones
Consideraciones generales:
Sin restricciones respecto a los alimentos. • Usar con precaución en niños con anemia debida a una posible supresión de la médula ósea
Jarabe (solución oral):
Preferido en los niños con menos de 8 kg de peso dado que la dosificación exacta con las cápsulas no es práctica en los niños más pequeños. Es estable a temperatura ambiente pero debe conservarse en jarras de vidrio, es sensible a la luz.
Comprimidos:
Conservación entre 15 °C a 25 °C Los comprimidos de 300 mg a menudo no están ranurados. Los comprimidos pueden triturarse y mezclarse con un poco de agua o alimentos e ingerirse de inmediato.
Datos Farmacocinéticos:
Disponible para todas las edades

Tabla No. 11

Didanosina (ddI [dideoxyinosina])
Formulaciones
Solución oral (polvo pediátrico para reconstituir con agua): 10 mg/ml (en muchos países debe reconstituirse con antiácido adicional)
Comprimidos masticables: 25 mg, 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg.
Edad (peso), dosis y frecuencia de administración
Dosis en niños menores de 3 meses: 50 mg/m ² /dosis, 2 veces al día
Dosis en niños de 3 meses a 13 años: 90-120 mg/m ² /dosis, 2 veces al día.
Otras observaciones
Consideraciones generales:
La Didanosina se degrada rápidamente a menos que se administre como formulación entérica con antiácidos. En los niños este efecto quizás sea menos marcado y posiblemente no haya que administrarla con el estómago vacío.
Suspensión oral:
No es fácil de usar y se evitará si fuera posible.
Debe mantenerse refrigerada; es estable durante 30 días. Agitar bien antes de usar.
Comprimidos:
Deben usarse al menos 2 comprimidos de la dosis farmacéutica apropiada en un momento dado para una amortiguación adecuada (por ejemplo, si la dosis del niño es de 50 mg entonces administrar 2 comprimidos de 25 mg en reemplazo de 1 comprimido de 50 mg).
Los comprimidos de Didanosina deben masticarse, triturarse o disolverse en agua o jugo no concentrado antes de ingerirlos.
No se deben tragar enteros.
Farmacocinéticos:
Están disponibles para todas las edades

Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos No Nucleósidos

Tabla No. 12

Nevirapina (NVP)
Formulaciones
Suspensión oral: 10 mg/ml , 50 mg/ml
Comprimidos: 200 mg (frasco 60 comprimidos)
Edad (peso), dosis y frecuencia de administración
Dosis proyectada para el mantenimiento: 160-200 mg/m² (dosis máxima: 200 mg, 2 veces al día). En los niños de 14-24,9 kg la dosis sugerida es 1 comprimido por la mañana y ½ comprimido por la tarde. Debido a la prolongada vida media de la NVP la fluctuación en la exposición al medicamento asociada a este régimen de dosificación es aceptable. Si se produce una erupción cutánea grave (en particular si se acompaña de fiebre, ampollas o ulceraciones mucosas) se suspenderá el medicamento.
Otras observaciones
Consideraciones generales: Se debe advertir a los padres acerca de la posibilidad de una erupción cutánea grave, potencialmente fatal. Se suspenderá permanentemente y no se reanudará la administración de NVP en los niños que presenten erupciones cutáneas graves.
Interacciones medicamentosas:
Evitar la NVP si se administra concomitantemente rifampicina
Sin restricciones respecto a los alimentos.
Conservar a 25 °C (intervalo permitido de 15 °C a 30 °C).
Suspensión oral:
Agitar bien antes de usar.
Comprimidos:
Son ranurados y pueden dividirse en dos partes iguales para dar una dosis de 100 mg; pueden triturarse y mezclarse con un poco de agua o alimento e ingerirse de inmediato.
Datos farmacocinéticos:
Disponible para todas las edades.

Inhibidores de Proteasa

Tabla No.13

Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) [coformulación]										
Formulaciones										
Solución oral: 80 mg/ml de LPV + 20 mg/ml de RTV y 400/100 mg 5 ml sol. Oral (frasco 160 ml)										
Comprimidos: 200 mg de LPV + 50 mg de RTV (frasco 120 comprimidos)										
Edad (peso), dosis y frecuencia de administración										
Dosis proyectadas de LPV:										
Peso	entre	5	y	7,9	kg:	16	mg/kg/dosis,	2	veces	al día
Peso	entre	8	y	9,9	kg:	14	mg/kg/dosis,	2	veces	al día
Peso	entre	10	y	13,9	kg:	12	mg/kg/dosis,	2	veces	al día
Peso entre 14 y 39,9 kg: 10 mg/kg/dosis, 2 veces al día										
Dosis proyectadas de RTV:										
Peso	entre	7	y	15	kg:	3	mg/kg/dosis,	2	veces	al día
Peso entre 15 y 40 kg: 2,5 mg/kg/dosis, 2 veces al día										
Dosis máxima: 400 mg de LPV + 100 mg de RTV, 2 veces al día										
Otras observaciones										
Consideraciones generales:										
Debe ingerirse con alimentos.										
De preferencia, la solución oral debe refrigerarse; sin embargo, pueden conservarse a temperatura hasta 25 °C durante dos meses; con temperatura mayor a 25 °C el medicamento se degrada más rápidamente.										
Soluciones orales:										
Volumen escaso.										
Sabor amargo.										
Comprimidos:										
Sin restricciones respecto a los alimentos, la biodisponibilidad aumenta cuando se administra con los mismos. No pueden dividirse.										
Datos farmacocinéticos:										
Disponible para niños mayores de 6 meses.										

Seguimiento de niños, niñas y adolescentes en exposición no ocupacional

Debido que los hechos de exposición no son frecuentes en niños y niñas menores de tres años, para el seguimiento de la profilaxis post exposición se indicarán las medidas señaladas en el caso de la profilaxis ocupacional (Página No. 24).

XIV. Definición de los roles según niveles de atención

Mecanismos de Articulación y Coordinación

Los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención del sistema público, y privados deberán notificar a vigilancia epidemiológica del SILAIS, y este a su vez al nivel Nacional, componente ITS-VIH y vigilancia epidemiológica todos los eventos relacionados con exposición ocupacional y No ocupacional.

Los hospitales y centros de salud del sector público y los proveedores de servicios de salud privados garantizarán las medidas de bioseguridad según Normativa de Bioseguridad y dotarán a los recursos de salud de los medios de protección personal.

Los establecimientos (centros de salud, Hospitales departamentales y de referencia nacional) que disponen del servicio de emergencia según capacidad resolutive brindaran atención integral a las personas que demanden atención post exposición ocupacional y no ocupacional.

Los recursos que laboran en estos establecimientos deben estar capacitados y calificados para la atención de este tipo de eventos.

Deberá asegurar el abastecimiento de un stock con antirretrovirales y pruebas rápidas de VIH y estar accesibles en el momento que se requieran

Los puestos de salud y los ESAFC harán actividades relacionadas a los aspectos preventivos que eviten la exposición al VIH en los centros de trabajo, asegurando las medidas de bioseguridad que deben aplicarse y dotar al personal de medios de protección personal a utilizar en procedimientos de riesgo.

En caso de presentarse un evento de exposición ocupacional y no ocupacional, los establecimientos de salud que atiende este tipo de evento, harán uso de la referencia y la contra referencia según niveles de resolución y mecanismo de articulación considerando la exposición como una emergencia médica.

Los establecimientos incorporarán en sus planes de educación continua temas relacionados a la promoción y prevención de la exposición al VIH, así como la aplicación de las normas de bioseguridad. De igual manera abordarán aspectos relacionados con las prácticas sexuales de riesgo, dirigido a población general y poblaciónen más Alto Riesgo para la contención de la epidemia.

Las Instituciones Privadas Proveedoras de Servicios de Salud,el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y centros privados brindarán atención de

emergencia a la persona expuesta y la remitirán a la unidad TARV según corresponda para su debida atención y seguimiento.

El personal de salud orientará a la víctima de violación sobre los aspectos y procedimientos que legalmente deberá seguir, ante este caso, denuncia ante delegación policial y otras instancias de competencia

Debe existir una estrecha coordinación entre el Ministerio de Salud, Medicina Legal Policía Nacional y Comisaría de la Mujer y la Niñez para garantizar el seguimiento de la atención integral de la persona expuesta según los lineamientos establecidos.

Denuncia obligatoria

El funcionario o representante del establecimiento de salud debe denunciar ante la Policía Nacional o el Ministerio Público (Fiscalía) el hecho de violación para que se inicie la investigación del caso y se logre la sanción de los responsables de la violación.

La violación sexual es un delito contemplado en el Nuevo Código Penal (aprobado en 2007)³⁶ y por tanto en el mismo se establece que la denuncia es obligatoria por parte de cualquier persona natural o jurídica que tiene conocimiento del hecho.

El personal de salud que conoce del caso debe informar a su superior inmediato y hacer la denuncia obligatoria tal como lo regula la Ley General de Salud.

Los funcionarios y funcionarias del Ministerio de Salud deben poner en conocimiento de las autoridades competentes (Ministerio Público y/o Policía Nacional) cuando se presume que una niña, niño o adolescente es víctima de violación.

En Managua, los funcionarios de las unidades de salud pueden coordinar con la oficina de atención a víctimas de la Unidad de Género del Ministerio Público para la derivación a los centros de protección cuando el caso lo requiera y sea necesario resguardar la seguridad de las niñas, niños y adolescentes víctimas de violación.

En los departamentos del país se puede solicitar la intervención, efectuando la referencia a las delegaciones del Ministerio de la familia, a fin de garantizar la protección de los niños, niñas y adolescentes cuando el caso lo amerite y dar seguimiento de los casos en las comisión de niñez y adolescencia en cada municipio; en las localidades donde no existen oficinas de MIFAMILIA se pueden coordinar las acciones con ONGs, Policía, Ministerio Público y Juzgado local.

³⁶ Norma y Protocolos para la prevención, Detección y Atención de la violencia intrafamiliar y sexual

Además se puede hacer la referencia de estos casos a través de la línea telefónica No. 133, para activar el sistema y cumplir con el propósito de lograr la integralidad de la intervención³⁷.

XV. Bibliografía

- Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones transmitidas por Sangre y Fluidos Biológicos en Áreas Asistenciales, Guías para la Profilaxis Post Exposición (PPE) Accidental Ocupacional a sangre y fluidos corporales en personales de la salud. 2010.
- NORMATIVA N-079 “Manual de Bioseguridad para el Personal del Sector Salud” en la atención de personas con VIH – sida, Mangua noviembre 2011.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. España. Proyecto Esther. Profilaxis Post Exposición Profesional y No Profesional. Madrid 2012.
- New York State Department of Health AIDS Institute. HIV Prophylaxis Following Non-Occupational Exposure Including Sexual Assault. May 2010.
- New York State Department of Health AIDS Institute. HIV Prophylaxis Following Occupational Exposure. May 2010.
- ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Versión Revisada. Octubre 2011.
- Resumen de la guía para el manejo del tratamiento antirretroviral de las personas que viven con VIH sida en Venezuela. 2010-2012.
- Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en niños en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal recomendaciones para un enfoque de salud pública 2008.
- Steer P. The epidemiology of preterm labour. Br J ObstetGynaecol 2005; 112 Suppl 1:1-3. Wen SW, Smith G, Yang Q, Walker M. Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome. S min Fetal Neonatal Med 2004; 9 (6):429-35.
- Wasserheit, Riesgo relativo de infección por VIH según tipo de infección de transmisión sexual, 1994.

³⁷

Norma y Protocolos para la prevención, Detección y Atención de la violencia intrafamiliar y sexual

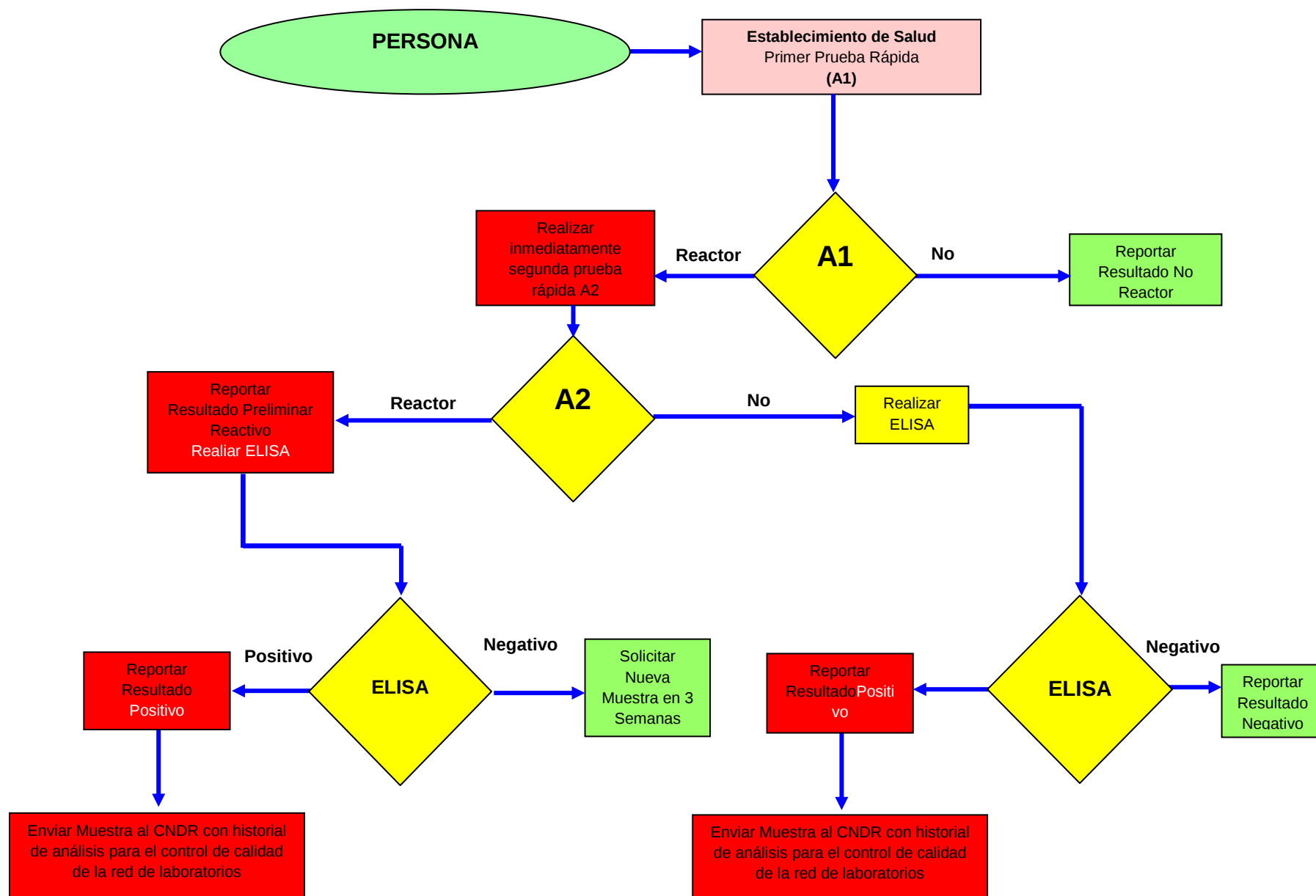
- Guía clínica de la profilaxis post exposición San Salvador, diciembre 2012.
- Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/ AEP/ CEEISCAT sobre la profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2008
- Profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional al VIH, Virus de la hepatitis B y C, y normas de bioseguridad 3a Edición. Modificada y ampliada Asunción - Paraguay, 2011
- Guía de Procedimientos para el Diagnóstico y Seguimiento de VIH, Managua Julio ,2012.
- “PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA”, Managua Julio 2012.
- Guía de alimentación y nutrición en la atención de personas con VIH y sida, Managua noviembre 2008.
- Grupo de Consenso Español sobre Profilaxis Postexposición no ocupacional al VIH (Coordinadores: Almeda J y Casabona J). Recomendaciones para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH. 2002;20:391-400.
- Guía de Terapia Antirretroviral en Adultos, Managua, Noviembre 2009
- Normativo 070, Norma metodológica para la elaboración de normas, manuales Guías y protocolos del sector salud, junio 2011.
- Grupo de Consenso Español sobre Profilaxis Postexposición no ocupacional al VIH (Coordinadores: Almeda J y Casabona J). Recomendaciones para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH. Enferm Infecc Microbiol Clin 2002; 20: 391-400.
- Almeda J, Casabona J, Simon B, Gerard M, Rey D, Puro V, et al. Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe. Euro Surveill 2004;9:35-40.
- *Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ et al. Antiretroviral postexposureprophylaxis aftersexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recommendation.*

- *from the US Department of Health and Human Services. MMWR Recomm Report 2005; 54: 1-20.*
- Puro V, Cicalini S, De Carli G, Soldani F, et al. Towards a Standard HIV postexposure prophylaxis for healthcare workers in Europe surveillance 1994;9:40-3.
- Winston A, McAllister J, Cooper DA, Carr A. The use of a triple nucleoside-nucleotide regimen for nonoccupational HIV post-exposure prophylaxis (NPEP). HIV Med 2005; 6: 191-7.23.
- Roland ME, Neillands TB, Krone MR, Katz MH, Franses K, Grant RM, et al. Seroconversion following nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV. Clin Infect Dis 2005; 41:1507-1513.24.
- Nourse CB, Charles CA, McKay M, Keenan P, Butler KM. Childhood needlestick injuries in the Dublin metropolitan area. Ir Med J 1997; 90: 66-9.25.
- Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis MMWR Recomm Rep. 2001; 50:1-52.
- Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR 2005; 54 (RR-2):1-17.
- Katz MH, Gerberding JL. Management of occupational and nonoccupational postexposure HIV prophylaxis. Curr HIV/AIDS Rep 2004;1:159-165.
- Ippolito G, Puro V, Petrosillo N, De Carli G, Micheloni G, y Magliano E. Simultaneous infection with HIV and hepatitis C virus following occupational conjunctival blood exposure. JA MA. 1998; 280:28.
- Puro V, Cicalini S, De Carli G, Soldani F et al. Towards a standard HIV post exposure
- Sagalés M, Villà MC, Pedrol E. Interacciones medicamentosas. AIDS Cy J 2004; (<http://www.prous.com/ttmsida>). 2007
- Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. A case control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. N Engl J Med 1997; 337: 1485-90.

- Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents Developed by the Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection convened by the Department of Health and Human Services (DHHS). October 10, 2006.
- Available at: <http://www.aidsinfo.nih.org>. Accessed 1 May 2007.
2007. prophylaxis for healthcare workers in Europe. Eurosurveillance 2004; 9 (4-6): 40-3.

XVI. Anexos

Anexo No. 1. Algoritmo Diagnostico de Laboratorio



Anexo No. 2. Formato de solicitud de prueba y consentimiento informado



MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Servicios de Salud
Componente Nacional de
ITS/VIH-Sida

**MINISTERIO
DE SALUD**

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PRUEBA AL VIH

PARTE I	Fecha: / /
SILAIS	
Municipio	
Unidad de Salud	

1. DATOS PERSONALES

Código	
Sexo (M) (F)	Edad
Yo,	
doy autorización para que se me realice la prueba de VIH, después de recibir información general sobre la enfermedad y diagnóstico.	
Firma del Paciente	
Nombre, firma y código del Médico Tratante	



MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Servicios de Salud
Componente Nacional de
ITS/VIH-Sida

**MINISTERIO
DE SALUD**

SOLICITUD DE LA PRUEBA DEL VIH

PARTE II	Fecha: / /
SILAIS	
Municipio	
Unidad de Salud	
Código del Paciente:	Sexo (M) (F) Edad

Muestra para

Diagnóstico ☐	Confirmación ☐	Control de Calidad ☐
--------------------------------------	---------------------------------------	---

Nombre Completo, Firma y Código del Médico del que envía la Prueba:

Anexo No. 3

Ficha de registro de Profilaxis



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!
MINISTERIO DE SALUD

Ficha de notificación de casos Post Exposición al VIH

01 Silais _____ 02 Establecimiento de salud _____

03 Fecha: / / 04 Exposición Ocupacional al VIH ☐ Exposición no ocupacional ☐

I. Datos generales de la persona expuesta

05 Nombres y apellidos: _____ 06 Edad _____ 07 Sexo M ☐ F ☐
08 Establecimiento de salud donde labora _____ 09 Dirección exacta _____:
10 Población expuesta: General ☐ Embarazada ☐ Clave ☐ Armados ☐ Móvil ☐ UDI ☐
11 Como se identifica sexualmente HT ☐ BIS ☐ HSH ☐ TRANS ☐ Lésbica
12 Área donde ocurrió el evento _____
13 Ocupación de persona Expuesta: Trabajador de salud ☐ MTS ☐ MTS ☐
14 Fecha de ocurrido el Evento _____
15 Hora de ocurrido el evento _____ 16 Cómo ocurrió _____
17 Áreas del cuerpo afectada _____
18 Usaba el equipo de protección indicado para la actividad realizada: Si ☐ No ☐ NA ☐
19 Utilizó la técnica adecuada para el procedimiento realizado. Si ☐ No ☐ NA ☐
20 Ha tenido exposiciones Previas Si ☐ No ☐

B) Magnitud de la exposición No Ocupacional

21 Exposición al VIH

Riesgo Alto		Riesgo Bajo	
Punciones	☐	Contacto con mucosas	☐
Cortaduras	☐	Salpicaduras	☐
Exposición pecutanea con sangre	☐	Contacto de fluidos	☐
Heridas con corto punzantes	☐	Contaminantes, con piel lesionada.	☐
Recepción anal con eyaculación	☐	Recepción vaginal con eyaculación	☐
Compartir jeringuillas o agujas usadas	☐	Pinchazo superficial tras uso por el caso fuente	☐

22 Fecha de ocurrencia: _____
23 Fue notificado el evento Si ☐ No ☐

Datos de la persona fuente o el agresor en caso de violación

24 Nombres y apellidos: _____
25 Edad _____ 26 No. Expediente _____
27 Signos Clínicos _____

Antecedentes patológicos:

28 Infección por VIH? Si ☐ No ☐ Hepatitis B Si ☐ No ☐ Sífilis Si ☐ No ☐ Otras ITS Si ☐ No ☐
29 Especifique _____

Diagnóstico y resultados

30 Fecha de prueba Rápida VIH _____ 31 Resultado Prueba Rápida VIH: Reactor ☐ No reactor ☐
32 Resultado de antígenos Hepatitis B (AngVHBs) _____ anticuerpos Hepatitis C
33 Resultado de serología de sífilis Reactivo ☐ No Reactivo ☐

D) Manejo de la Exposición al VIH

34 Indico Profilaxis Con ARVs: SI ☐ No ☐
35 Esquema tratamiento indicado:

AZT / 3TC + EFV ☐ AZT / 3TC + LPV/RTV ☐ AZT / 3TC + TDF ☐ Otro _____

36 Observaciones _____

37 Nombre y firma la persona que lleno el formulario _____

Anexo No. 4 Formato de Registro mensual de profilaxis Postexposición ocupacional y No ocupacional



REPUBLICA DE NICARAGUA

MINISTERIO DE SALUD

REGISTRO MENSUAL DE RIESGOS LABORALES

DEPARTAMENTO:

MUNICIPIO:

UNIDAD DE SALUD:

No	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA ACCIDENTE	EDAD	SEXO	OCUPACION	LUGAR DE TRABAJO	AREA DE ACCIDENTE	TIPO DE EXPOSICIÓN	FUENTE*	FECHA DE DIAGNOSTICO	ESTADO INFECCION FUENTE	FECHA REPORTA EXPOSICION	TIEMPO INICIO PROFILAXIS	ESQUEMA DE TRATAMIENTO	RACCIONEAS ADVERSAS	TIEMPO DURACION PROFILAXIS	OBSERVACION