



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!



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

MINISTERIO DE SALUD

NORMATIVA 0 – 00 (MINSa incluirá número)

**GUÍA DE PROFILAXIS POR EXPOSICIÓN
OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL AL VIH.**

Managua, Agosto 2013

Este documento es posible gracias al apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este documento no es responsabilidad ni refleja necesariamente la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Índice

I. Introducción	1
II. Objetivo General	2
<i>Objetivos Específicos</i>	2
III. Glosario	2
IV. Acrónimos	6
V. Población Diana	7
VI. Actividades a realizar	7
VII. Definición	7
VIII. Clasificación	8
IX. Profilaxis Ocupacional al VIH	8
9.1. <i>Factores de Riesgo</i>	8
9.2. <i>Diagnóstico</i>	10
9.3. <i>Procedimientos</i>	10
9.4. <i>Tratamiento</i>	13
9.5. <i>Seguimiento de la persona expuesta</i>	16
X. Profilaxis post exposición no ocupacional	18
10.1. <i>Factores de riesgo de transmisión no ocupacional al VIH</i>	18
10.2. <i>Procedimientos</i>	21
10.3. <i>Seguimiento de la persona expuesta y de la fuente</i>	22
XI. Transmisión y consideraciones sobre la exposición ocupacional y No ocupacional del Virus de las Hepatitis B y C	24
XII. Situaciones Especiales	24
XIII. Selección de Fármacos Antirretrovirales para la Profilaxis post exposición	25
13.1. <i>Agresiones sexuales</i>	25
13.2. <i>Niños, niñas y adolescentes</i>	25
13.3. <i>Pautas en niños, niñas y adolescentes</i>	26
13.4. <i>Tratamiento</i>	27
XIV. Definición de los roles según niveles de atención	33
XV. Bibliografía	36
XVI. Anexos	38

I. Introducción

El Ministerio de Salud como órgano rector del sector salud y en el marco de la 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 en el ordenamiento de los procesos de prestación de los servicios de salud.

La presente Guía Clínica tiene el propósito de desarrollar habilidades y destrezas del personal de salud tanto del sector público, privado y organizaciones sociales para el manejo de las personas expuestas a sangre o fluidos corporales, potencialmente contaminados con Virus, principalmente del VIH, de la hepatitis B, (VHB), y virus de la hepatitis C (VHC). Esta Guía contiene los aspectos relacionados con el abordaje de la profilaxis post exposición Ocupacional (trabajadores) y No Ocupacional (víctimas de violación sexual) diagnóstico, tratamiento, seguimiento y recomendaciones.

El presente documento está dirigido al personal de salud que labora en los establecimientos públicos, privados y organizaciones sociales que ofertan servicios de atención a las personas.

El Ministerio de Salud como ente rector del sector salud según lo establecido en la Ley General de Salud, facilita la **GUIA DE PROFILAXIS OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL FRENTE AL VIH**, la cual presenta un conjunto de conocimientos, herramientas y experiencias de los y las especialistas para la profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional en Nicaragua. Este proceso fue desarrollado por la Comisión Nicaragüense del sida con la asistencia técnica del Programa para fortalecer la respuesta centroamericana al VIH, USAID|PASCA y entregado por la CONISIDA al Ministerio de Salud.

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.

II. Objetivo General

Dotar al personal de salud del sector público, privado y organizaciones sociales de una herramienta práctica en la aplicación oportuna de la profilaxis post exposición Ocupacional (accidente laboral) y No ocupacional (violación sexual), con un abordaje integral a fin de reducir el riesgo de nuevas infecciones de VIH.

Objetivos Específicos

1. Proveer al personal de salud de habilidades para la categorización, identificación del riesgo, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, para 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 (violación sexual) para mitigar los efectos secundarios.
3. Canalizar a través de los mecanismos de coordinación y articulación establecidos el abordaje integral y la referencia de las personas afectadas por violación sexual.

III. Glosario

Adherencia al tratamiento

Se refiere cuando una persona cumple con el régimen terapéutico prescrito, implica la toma de todos los medicamentos prescritos en las dosis e intervalos indicados por un profesional de salud. Incluye su la disposición de la persona para empezar el tratamiento.

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 en salud ocupacional

Se define como el conjunto de medidas preventivas y correctivas encaminados a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador/a de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral, destinadas a que los procedimientos realizados en Instituciones sanitarias humanas y animales no afecten la salud y seguridad de trabajadores, pacientes, visitantes y el medio.

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 milímetros de sangre.

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 salud en su medio laboral, al contacto con sangre, tejidos o fluidos potencialmente contaminados por VIH, VHB o VHC, 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, VHB o VHC fuera del medio laboral o relacionados a la exposición vertical.

Fármacos antirretrovirales

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

Infección de transmisión sexual, ITS

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

Personal de salud

Cualquier persona cuyo trabajo, retribuido o no, se desarrolla en el campo de la atención sanitaria, en contacto directo con el paciente, con tejidos o fluidos corporales, o con aparatos, equipos o superficies posiblemente contaminados.

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.

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 en cuestión (VIH, VHB, VHC).

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 tienen derecho.

TARV: Terapia antirretroviral Viral

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

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.

IV. Acrónimos

ARVs	Antirretrovirales
CONSIDA	Comisión Nicaragüense del Sida
ECOS	Equipos de Salud Comunitarios
ENO	Exposición no ocupacional
EO	Exposición ocupacional
IPPSS	Instituciones Privadas Proveedoras de Servicios de Salud
IPSS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ITS	Infección de transmisión sexual,
MIFAMILIA	Ministerio de la Familia
MINSA	Ministerio de Salud
ONG s	Organizaciones No Gubernamentales
PPE	Profilaxis Post Exposición
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud
SO	Salud Ocupacional
TARV	Terapia Antirretroviral
VHB	Virus de la Hepatitis B
VHC	Virus de la Hepatitis C
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

V. Población Diana

Toda persona que presente una exposición ocupacional (laboral) y exposición No ocupacional (violación sexual) al VIH que asiste a un establecimiento de salud, sea este público o privado y que se presente en las primeras 72 horas de ocurrido el evento.

VI. Actividades a realizar

Prevención de Transmisión del VIH por Exposición Ocupacional y No ocupacional

La incidencia media de seroconversión tras exposición percutánea con fuente VHC positiva es 1,8% (0-7%) 7-10. En EO por VHB, el riesgo depende de la intensidad y tipo de contacto con la sangre. Se estima que el riesgo medio de transmisión de VIH tras EO percutánea es 0,3% (0,2-0,5% IC: 95%) y tras exposición mucosa es 0,09% (0,006-0,5%; IC: 95%). La transmisión a través de piel no intacta y de otros fluidos o tejidos no se ha cuantificado o lo ha sido insuficientemente.

- Riesgo de la transmisión Post exposición
- Indicaciones de Inicio de la Profilaxis
- Pautas Farmacológicas
- Seguimiento de Personas Expuestas
- Situaciones Especiales

VII. Definición

La infección causada por el Virus (VIH) se ha extendido ampliamente en el mundo en estas 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 8,278 ¹ personas con VIH, según los datos del registro nacional y se estiman para año 2020 que unas 20,000² personas estén infectadas con el VIH.

El personal que presenta alto riesgo de exposición laboral accidental al VIH, es el que trabaja con sangre y fluidos corporales potencialmente infecciosos.

Aproximadamente, un 80% de los profesionales que tratan pacientes con VIH se han enfrentado a estas situaciones, siendo las más frecuentes los pinchazos accidentales. 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 la 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. Él

¹ Situación VIH primer semestre 2013

² Estimaciones de Spectrum junio 2013

riesgo de transmisión ocupacional se ve incrementado en situaciones específicas, entre las que se identifican cuatro factores principales de riesgo:

1. Pinchazos profundos.
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.

VIII. Clasificación

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 o fluidos potencialmente contaminados por VIH, VHB o VHC, 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, VHB o VHC fuera del medio laboral (violencia sexual o relacionados a la exposición vertical).

IX. Profilaxis Ocupacional al VIH

9.1. Factores de Riesgo

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

El tipo de exposición

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

El tiempo Transcurrido

A mayor tiempo de exposición es mayor el riesgo de infección, dado que la replicación **inicia entre 48 y 72 horas**, siendo ideal iniciar la profilaxis antes de las 6 horas, en un tiempo menor a 72 horas.

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

Estado serológico de la Fuente

En relación al estado serológico de la fuente, si éste no se conoce, se realizará estudio serológico completo, previo consentimiento informado en el menor plazo de tiempo, incluida la opción de un test rápido con resultados antes de 2 horas. Si no se conoce el estado serológico, se actuará como si hubiese infección por VIH.

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.

Trabajador expuesto

Es elemental conocer los factores relacionados con el accidente ocupacional

Profundidad del Pinchazo

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

Tipo de material utilizado

Cuando se utiliza aguja hueca, es decir a menor calibre de la aguja 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 predisponentes 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.

9.2. Diagnóstico

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

En ambos casos se indicará una prueba rápida de VIH para obtener un resultado en **las primeras 2 horas** de exposición, previo consentimiento informado y consejería. Deben tener en cuenta las siguientes situaciones:

- Si la fuente es desconocida realizar estudio serológico completo en la persona expuesta.
- Si la fuente es conocida VIH determinar situación inmunológica y virológica (carga viral y CD4) de la fuente.
- En caso de fuente conocida VIH investigar antecedentes de TARV e historia farmacológica completa.
- Probabilidad de mayor riesgo de transmisión cuando la fuente es una persona en seroconversión o en fase de VIH avanzado.
- 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 tras la exposición.
- En fuente desconocida y en trabajador expuesto, si el **resultado de A1 es reactor** debe continuar con el algoritmo diagnóstico en VIH.
- Si la **fente es positiva** aplicar profilaxis de inmediato y referirlo al establecimiento según capacidad resolutive para su atención y seguimiento.

9.3. Procedimientos

Aspectos generales ante la exposición al VIH

Como norma 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.
- Garantizar la pre y post 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 en caso que lo amerite.

En la Exposición ocupacional y No ocupacional (violación sexual) al VIH, esta debe notificarse a través de la vigilancia epidemiológica según el flujo de notificación de los establecimientos de salud.

Existen medidas preventivas que deben aplicarse a lo inmediato válidas para la profilaxis post exposición ocupacional y No ocupacional. (TablaNo.1)

Tabla No.1

Recomendaciones de Actuación Inmediata en Exposición Ocupacional frente a VIH/VHB/VHC	
Exposición percutánea*	Sangrado, 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 post exposición

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

- La duración de la profilaxis será por 30 días.
- La administración de la profilaxis PEO y PNO será decidida de forma consensuada entre el médico y la persona afectada.
- La terapia se iniciará con tres fármacos Antirretrovirales.
- La persona que reciba profilaxis con ARVs deberá dar por escrito su consentimiento previa explicación de los beneficios y riesgos.

La decisión de usar PPE 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 afectada.

Una vez iniciada la PPE y si a las 72 horas se confirma que la fuente es negativa para VIH, se suspenderá la profilaxis.

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

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

- Anamnesis y exploración física
- Estudio de antecedentes personales de enfermedades previas.
- Vacunación frente al virus de la hepatitis B en caso de que fuera necesario.
- Consejería educativa individualizada a la persona expuesta sobre la prevención.
- Hemograma completo y bioquímica general que incluya enzimas hepáticas y parámetros de función renal si va a iniciar quimioprofilaxis
- Prueba de embarazo a todas las mujeres que hayan tenido una exposición sexual.
- 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, pericardico 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 integras.

9.4. 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 concernientes 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 con imparcialidad en privacidad, confidencial, veraz y voluntaria.³

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 psicológica.

A la persona abusada se le deberá de 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 de 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 indicárselo a la madre/padre o tutor (es).

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 de ensayos clínicos que han demostrado su eficacia en la prevención de la transmisión vertical. 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.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en terapia con ARVs la máxima supresión vírica se alcanza con la combinación altamente efectiva de tres fármacos, estos teóricamente ofrecen una mayor probabilidad de prevenir la infección en las personas expuestas siendo las combinaciones de elección:

³ Manual de Consejería Ministerio de Salud, 2005

Grupos farmacológicas de antirretrovirales

ITRAN (Inhibidores de la transcriptasa reversa análogos nucleósidos)

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

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)

Esquemas ARVs para la profilaxis post exposición

Para la profilaxis post exposición se indicarán los esquemas de primera línea según Tabla No.3

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).

Reacciones adversa de los ARVs.

Riesgos y efectos secundarios de los fármacos antirretrovirales

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 post exposición

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, Tableta de 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, incluyendo síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, hepatitis, reacciones de hipersensibilidad (puede implicar reacciones hepáticas y erupción cutánea), dolor de cabeza, fatiga, fiebre, granulocitopenia, 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.

9.5. Seguimiento de la persona expuesta

- El seguimiento debe realizarse por un periodo de 6 meses.
- Se hará una evaluación de la toxicidad de los ARVs que consistirá en examen físico, y todos aquellos parámetros clínicos que se presenten entre las 4-6 semanas posteriores a la profilaxis.
- El seguimiento de los test de Elisa para VIH basal deberán realizarse a las 2 semanas, 4 semanas, 3 meses y 6 meses post exposición.
- Indicar análisis de hemograma, perfil renal, hepático y lipídico y examen general de orina, serología para VIH, Hepatitis B y Hepatitis C y VDRL/RPR para sífilis.
- 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, en su lugar deberá realizarse vigilancia estrecha en busca de signos y síntomas de infección aguda por VIH.

Flujo de actuación ante una exposición accidental ocupacional a material biológico (sangre, fluidos corporales)



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

X. 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, ha de incluir educación en salud sexual acerca de cómo evitar o reducir la transmisión de las mismas (las personas opten por cambios de prácticas de riesgo).

Transmisión no ocupacional del VIH

En la PPENO, la situación de la persona fuente no se conoce en la mayoría de los casos y sólo en una minoría se consigue realizar los análisis correspondientes, el inicio es tardío, y la tolerancia, adherencia y el seguimiento son muy inferiores a los de la PPEO, existiendo mayor riesgo de infección y reinfecciones.

El riesgo que una persona se infecte por el VIH en la exposición no ocupacional comparte similares factores que la exposición ocupacional y estas dependerán 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.

10.1. 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.

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 necesario.

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 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

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

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*	<ul style="list-style-type: none"> - Recepción anal sin eyaculación* - Recepción vaginal sin eyaculación* - Penetración anal* - Penetración vaginal* - Sexo oral con o sin eyaculación* - Sexo orogenital femenino 	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 5 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%)
<ul style="list-style-type: none"> - Compartir jeringuillas o agujas usadas - Pinchazo profundo o con abundante sangrado con una jeringuilla de forma inmediata tras haber sido usada por un caso fuente desconocido 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 transmisión.

Dado que la PPE no asegura la protección frente a la infección, deberá insistirse en las medidas de prevención primaria:

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

Siempre deberán recopilarse todos los datos del caso fuente y efectuar un seguimiento serológico de la persona expuesta, tanto si se recomienda PPE como si no.

10.2. Procedimientos

Exposiciones con riesgo alto

Se recomienda realizar profilaxis post exposición

- **Exposiciones con riesgo bajo**

Puede considerarse realizar profilaxis post exposición. Esto indica que la profilaxis post exposición 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 post exposición no está indicada.

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

- Anamnesis y exploración física.
- Valoración, profilaxis y/o tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual.
- Vacunación frente al virus de la hepatitis B o tétanos, en caso de que fuera necesario.
- Consejería educativa individualizada a la persona expuesta sobre la prevención por vía sexual o parenteral de enfermedades transmisibles.
- Pruebas diagnósticas de otras ITS (sífilis, gonococo e infecciones por *Chlamydia*).
- Hemograma completo y bioquímica general que incluya enzimas hepáticas y parámetros de función renal.

- Prueba de embarazo a toda mujer que haya tenido una exposición sexual.
- Prueba de VIH, la persona expuesta debe firmar un documento de consentimiento informado previa consejería
- Exploración genital/ano rectal en caso de contacto sexual.
- En caso de contacto sexual, cultivos de exudado vaginal y/o ano rectal.

Además requiere seguimiento por diversas disciplinas como 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 alguno de los virus anteriormente mencionados se brindará la atención necesaria según la capacidad del establecimiento.

Tratamiento

La pautas antirretrovirales recomendadas son las mismas que en la PPEO. En general, cuando esté indicada la PPENO, se debe emplear una pauta convencional con tres fármacos, siendo la duración del tratamiento por 30 días. Teniendo en cuenta los datos de los modelos experimentales se recomienda que se administre durante 4 semanas y nunca menos de 2 semanas.

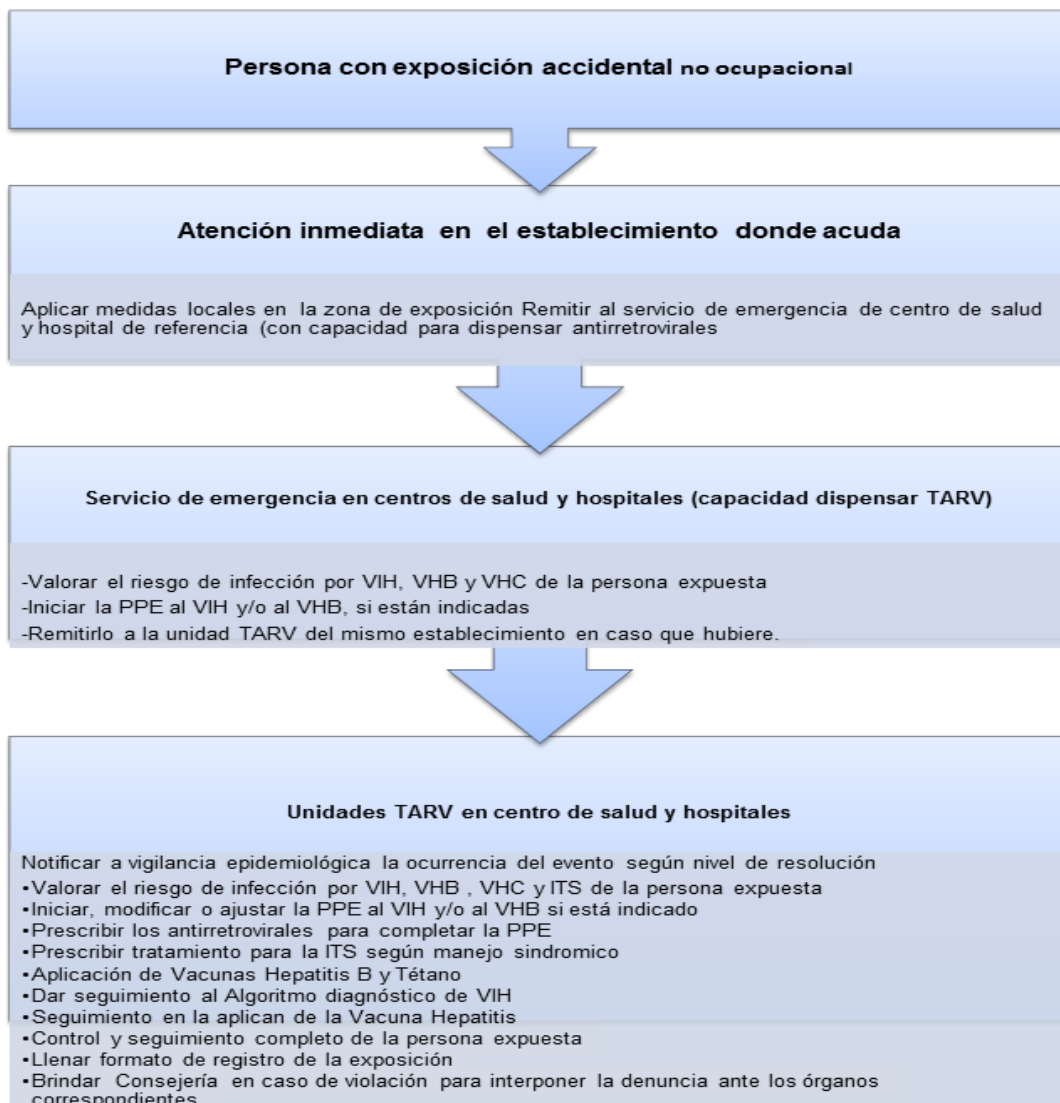
Pasada las 72 horas de la exposición la profilaxis post exposición no se recomienda.

10.3. 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 esperados y cómo pueden controlarse, en general, no se aconseja la determinación de carga viral, excepto cuando existen síntomas que hacen sospechar primoinfección.

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 la 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, se debe remitir a la persona expuesta el mismo día a la Unidad TARV.

XI. Transmisión y consideraciones sobre la exposición ocupacional y No ocupacional del Virus de las Hepatitis B y C.

El Virus de la Hepatitis C (VHC) no se transmite de manera eficaz a través de la exposición ocupacional (EO), la vacuna de la hepatitis B en personas susceptibles a la infección por VHB es altamente eficaz en la prevención de la infección después de una exposición percutánea o mucosa con sangre³⁹. No existen datos sobre la efectividad de la administración de inmunoglobulina anti hepatitis B como PPEO; sin embargo la mayoría de los expertos recomiendan su administración ⁴¹.

Además de las medidas generales descritas para el caso del VIH cuando se trate del virus de Hepatitis B, la actuación del personal de salud dependerá de la situación, tanto de la persona fuente como la persona expuesta. Habrá que conocer el estado de inmunidad del expuesto y vacunar o utilizar gammaglobulina VHB en caso necesario.

Si la persona esta vacunada contra el virus de la Hepatitis B no debe realizarse el seguimiento y el estudio serológico, se recomienda al momento de la exposición y a los seis meses.

En el caso de exposición al VHC hasta el momento no se dispone de medidas eficaces para la profilaxis. El uso de de inmunoglobulinas polivalentes y antivirales después de exposición accidental a sangre o fluidos corporales de una persona con infección por VHC no está recomendado.

XII. Situaciones Especiales

Embarazo

En caso de mujeres embarazadas expuestas al virus del VIH por riesgo 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 tabla No.2)

XIII. Selección de Fármacos Antirretrovirales para la Profilaxis Post exposición

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

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 primera 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 y otras instancias de competencia).

Debe existir una estrecha coordinación entre el Ministerio de Salud, Instituto de 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

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.
- **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 post exposición a VIH se basa en la comprensión del mecanismo de transmisión tras 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.

- Se efectuará la primera consulta en los servicios de emergencias hospitalarias de preferencia con el pediatra.
- Si la primera consulta se realizara en un lugar diferente del servicio de emergencias, 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.
- Los niños, niñas y adolescentes expuestos será remitido a la unidad que brinda TARV para su atención de manera inmediata.
- La PPENO debe indicarse en las primeras 6 horas y antes de las 72 horas posteriores a la exposición.
- Serología para VHB y VHC.
- Prueba de embarazo en caso de las adolescentes.
- Se sugiere la anticoncepción sea iniciada de emergencia en las adolescentes.
- Ofrecer apoyo psicológico
- Seguimiento por trabajo social en caso que se requiera.

13.4. Tratamiento

Al igual que en los adultos la duración de la profilaxis post exposición no ocupacional tiene una duración de 30 días.

Recomendaciones

- Se recomienda iniciar tratamiento con TARV lo antes posible.
- Debe indicarse triple terapia incluyendo 2 análogos de los nucleósidos (AN) + un inhibidor de la proteasa (IP). La combinación recomendada es: Zidovudina+Lamivudina+Lopinavir/ritonavir por la disponibilidad de formulaciones pediátricas, experiencia de utilización, potencia y disponibilidad generalizada en la mayoría de los centros asistenciales.
- 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.
- El Efavirenz no debe usarse en menores de 3 años por no existir recomendaciones de dosis ni formulaciones pediátricas.
- 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. Las características de los fármacos, dosis y efectos adversos.

Esquemas 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

Prevención de ITS en Adolescentes que presentan un Abuso Sexual.

Tabla No. 8

Prevención de otras ITS	Tipo de intervención	Prevención específica
Agente Causal	Profilaxis antirretroviral	Medicación
Neisseria gonorrhoea	Antibioticoterapia	Ceftriaxone (500 mgs. IM única) Dosis recomendada de 125 mg.
Chlamydia trachomatis	Antibioticoterapia	Azitromicina (1 gr.) Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días (excepto en embarazadas)
Gardnerella vaginalis Trichomonas vaginalis	Antibioticoterapia	Metronidazol 2 grs. VO dosis única
Hepatitis B y Tétanos	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

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. <ul style="list-style-type: none">• 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 (ddl [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/m ² (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 ambiente 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. 23).

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, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPSS y privados deberán notificar a vigilancia epidemiológica del Sistema Local de Atención Integral en Salud, 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 (IPSS y organizaciones sociales) garantizarán las medidas de bioseguridad según la 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 asegurarse 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 Equipos de Salud Comunitarios, ECOS, 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 atienden 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 Población en Más Alto Riesgo para la contención de la epidemia.

Las Instituciones Privadas Proveedoras de Servicios de Salud, IPPSS, 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, el Instituto de Medicina Legal, la Policía Nacional y la 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)⁴ 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

⁴ Norma y Protocolos para la prevención, Detección y Atención de la violencia intrafamiliar y sexual

municipio; en las localidades donde no existen oficinas de MIFAMILIA se pueden coordinar las acciones con ONG s, Policía, Ministerio Público y Juzgado Local.

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 intervención⁵.

⁵ Norma y Protocolos para la prevención, Detección y Atención de la violencia intrafamiliar y sexual

XV. Bibliografía

Grupo de Consenso Español sobre Profilaxis Post exposición no ocupacional al VIH (Coordinadores: Almeda J y Casabona J). Recomendaciones para la profilaxis post exposición no ocupacional al VIH. 2002; 20:391-400.

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

Guía de Terapia Antirretroviral en Adultos, Managua, noviembre 2009.

HIV postexposure prophylaxis for healthcare workers in Europe surveillance 1994;9:40-3.

Manual de Bioseguridad, Managua, noviembre 2011.

Ministerio de Sanidad y Consumo. España. Proyecto Esther. Profilaxis Post Exposición Profesional y No Profesional. Madrid,2012.

Ministerio de Sanidad y Consumo. España. Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/ AEP/ CEEISCAT sobre la profilaxis post exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños, 2008.

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.

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.

Normativo 070, Norma metodológica para la elaboración de normas, manuales Guías y protocolos del sector salud, junio 2011.

ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Versión Revisada. Octubre 2011.

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.

Puro V, Cicalini S, De Carli G, Soldani F, et al. Towards a Standard. 2004.

Resumen de la guía para el manejo del tratamiento antirretroviral de las personas que viven con VIH sida en Venezuela. 2010-2012.

Steer P. The epidemiology of preterm labour. Br J Obstet Gynaecol 2005; 112 Supply 1:1-3. Wen SW, Smith G, Yang Q, Walker M. Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome. Semin Fetal Neonatal Med 2004; 9 (6):429-35.

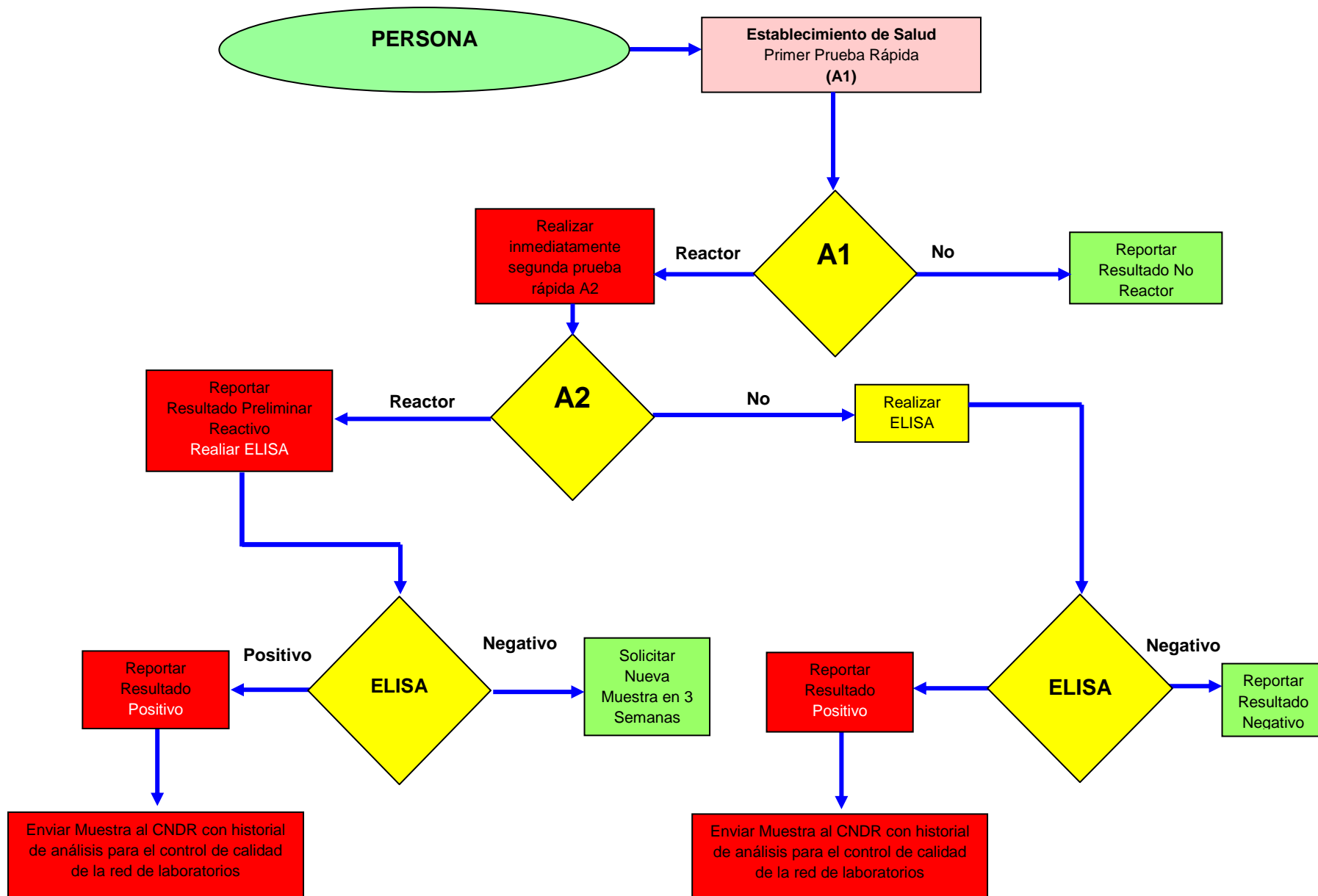
Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en niños en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal recomendaciones para un enfoque de salud pública 2008

Wasserheit, Riesgo relativo de infección por VIH según tipo de infección de transmisión sexual, 1994.

XVI. Anexos

Anexo 1. Algoritmo Diagnostico de Laboratorio

CENTRO HOSPITAL
 DE SALUD
 REFERENCIAL
 LABORATORIO
 CNDR



Anexo 2. Formato de solicitud de prueba y consentimiento informado

 <p style="font-size: small;">Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional <i>QL Pueblo, Presidente!</i></p>	<p>MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Servicios de Salud Componente Nacional de ITS/VIH-Sida</p>	<p>MINISTERIO DE SALUD</p>
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		

 <p style="font-size: small;">Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional <i>QL Pueblo, Presidente!</i></p>	<p>MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Servicios de Salud Componente Nacional de ITS/VIH-Sida</p>	<p>MINISTERIO DE SALUD</p>	
SOLICITUD DE LA PRUEBA DEL VIH			
PARTE II	Fecha: / /		
SILAIS			
Municipio			
Unidad de Salud			
Código del Paciente:	Sexo (M)	(F)	Edad
Muestra para			
Diagnóstico <input type="checkbox"/>	Confirmación <input type="checkbox"/>	Control de Calidad <input type="checkbox"/>	
Nombre Completo, Firma y Código del Médico del que envía la Prueba:			

Anexo 3 Ficha de registro de Profilaxis



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	<input type="checkbox"/>	Contacto con mucosas	<input type="checkbox"/>
Cortaduras	<input type="checkbox"/>	Salpicaduras	<input type="checkbox"/>
Exposición pecutánea con sangre	<input type="checkbox"/>	Contacto de fluidos	<input type="checkbox"/>
Heridas con corto punzantes	<input type="checkbox"/>	Contaminantes, con piel lesionada.	<input type="checkbox"/>
Recepción anal con eyaculación	<input type="checkbox"/>	Recepción vaginal con eyaculación	<input type="checkbox"/>
Compartir jeringuillas o agujas usadas	<input type="checkbox"/>	Pinchazo superficial tras uso por el caso fuente	<input type="checkbox"/>

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 _____

Con la asistencia técnica de:



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PASCA

Programa para fortalecer la
respuesta centroamericana al VIH

