

**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**  
SUBDIRECCIÓN DE SALUD  
DIVISIÓN DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD  
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD



**NORMA Y PROCEDIMIENTOS DE PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN  
AL VIH Y SEGUIMIENTO POST EXPOSICIÓN A VHB y VHC  
EN EL ISSS**

Julio – 2019

# Presentación

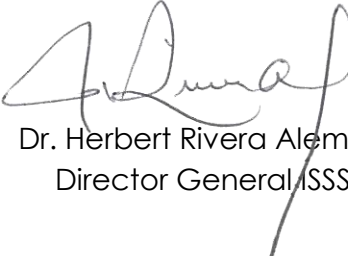
---


El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la Sección Regulación Técnica en Salud, según acuerdo #2015-0458.ABR., dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos en salud del ISSS.

La presente “**Norma y Procedimientos de Profilaxis Post Exposición al VIH y Seguimiento Post Exposición a VHB y VHC en el ISSS**” tiene como finalidad brindar los lineamientos necesarios al personal de los establecimientos de salud del ISSS, para la atención de los trabajadores que sufran accidentes laborales con exposición ocupacional a sangre y otros líquidos potencialmente infectantes a Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus de Hepatitis B (VHB) y Virus de Hepatitis C (VHC), así como brindar los lineamientos para la atención en casos de violación sexual.

La dirección, administración y jefaturas de los servicios y centros de atención, serán los responsables de su divulgación, implantación, seguimiento y cumplimiento obligatorio.

  
Dr. Herbert Rivera Alemán  
Director General ISSS.



## Equipo Normativo.

Nombre	Procedencia
<b>Dr. David Jonathan Hernández Somoza.</b>	Jefe Departamento Planificación Estratégica en Salud.
<b>Dr. José Guillermo Vaquerano Aguilar</b>	Jefe Sección Regulación Técnica en Salud.
<b>Dra. Mery Jeannette Cardoza de Parada</b>	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en salud
<b>Ing. Luis Asdrúbal Ovando Medrano</b>	Colaborador Técnico en Salud I Sección Regulación Técnica en salud
<b>Dra. Carmen María Salazar de Suárez</b>	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en salud

**Profesionales que participaron en la revisión y actualización de la norma:**

<b>Nombre</b>	<b>Cargo/Procedencia</b>
<b>Dr. Walter Omar Mayen Morales.</b>	Jefe Dpto. Salud del Trabajo y Medio Ambiente
<b>Lic. Antonieta Anaya Von Beck</b>	Regente de Farmacia Departamento Vigilancia Sanitaria
<b>Dr. Jorge Alberto Lechuga Miranda.</b>	Colaborador Técnico en Salud II Dpto. Salud del Trabajo y Medio Ambiente
<b>Dr. Guillermo Alfredo García López.</b>	Colaborador Técnico en Salud II Dpto. Vigilancia Sanitaria
<b>Licda. Evelyn Susana E. Blanco.</b>	Colaborador Técnico en Salud I Dpto. Vigilancia Sanitaria
<b>Dr. Víctor Manuel Mejía Cruz.</b>	Colaborador Técnico en Salud II Dpto. Vigilancia Sanitaria
<b>Dra. Aura Marina Torres Nolasco.</b>	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud
<b>Lic. Jaime Roberto Castro Águila.</b>	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud
<b>Dr. Fernando Cabrera España.</b>	Colaborador Técnico en Salud II Dpto. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud
<b>Dra. Silvia Elena Rodríguez de Magaña.</b>	Colaborador Técnico en Salud II Dpto. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud
<b>Lic. Olga Julissa Vaquerano.</b>	Colaborador Técnico en Salud I Dpto. Monitoreo de Redes Integrales e Integradas
<b>Dr. Joseph Daniel Bayona Arevalo.</b>	Jefe de emergencia de medicina y cirugía Hospital Amatepec
<b>Dra. Carmen Elizabeth Santamaría de Martínez.</b>	Jefe de Consulta Externa Hospital Regional Sonsonate
<b>Dra. Melba Iris Molina de Reyes.</b>	Jefe de Emergencia Hospital Regional San Miguel
<b>Dra. Tirza Magdalena Barahona Quintanilla.</b>	Jefe de Emergencia Hospital Regional Santa Ana

Nombre	Cargo/Procedencia
Dr. Víctor Rafael Carranza Amaya.	Médico Coordinador de Emergencia Unidad Médica Usulután
Dra. Zoila Angélica González de Joyar.	Médico Perinatóloga Hospital 1° de Mayo
Dra. Carmen Elena Albanés de Ayala.	Médico Infectóloga Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
Dr. Salomón Monroy Martínez.	Médico Infectólogo Hospital General
Dra. Mercedes Isabel García de Lovo.	Médico Internista Hospital Regional San Miguel
Dra. Hilda Guadalupe Morales Chacón.	Médico Ginecóloga Hospital Policlínico Zacamil
Dr. Oscar Armando Pérez Campos.	Médico Epidemiólogo Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
Lic. Elda Judith Sánchez de López.	Enfermera en Área Emergencia Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico

**Profesionales que participaron en la validación técnica de la norma:**

<b>Nombre</b>	<b>Cargo/Procedencia</b>
<b>Dr. Armando H. Lucha Cornejo.</b>	Director Hospital 1° de Mayo
<b>Dra. Margarita Linares de Cruz.</b>	Directora Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dr. Héctor Humberto Hernández.</b>	Coordinador Institucional de Ginecología Hospital 1° de Mayo
<b>Lic. Milagro Cecilia Hernández de Nerio.</b>	Coordinadora Institucional de Enfermería Hospital General
<b>Dr. Nelson Mauricio Alvarado Batres.</b>	Jefe de Departamento de Emergencia Hospital General
<b>Dr. Joseph D. Bayona Arévalo.</b>	Jefe de Emergencia Hospital Amatepec
<b>Dra. Melba Iris Molina de Reyes.</b>	Jefe de Emergencia Hospital Regional de San Miguel
<b>Dr. José Arnoldo Salguero Magaña.</b>	Jefe Consulta Externa Ginecología Unidad Médica Santa Ana
<b>Dra. Rocío Rivera de Hernández.</b>	Coordinadora Medica Materno Fetal Hospital 1° de Mayo
<b>Dr. Adán Velázquez Lupi.</b>	Coordinador Departamento de Infectología Hospital Regional de San Miguel
<b>Dra. Kriscia Mayela Najarro.</b>	Coordinadora Programa Tuberculosis/VIH Unidad Médica Apopa
<b>Dr. Ciro Agustín Reyes.</b>	Coordinador de Emergencia Unidad Médica Zacatecoluca
<b>Dr. Víctor Rafael Carranza Amaya.</b>	Coordinador de Emergencia Unidad Médica Usulután
<b>Dr. Francisco Villalta Ángel.</b>	Coordinador de Emergencia Unidad Médica Santa Tecla
<b>Dra. Aura Marina Torres Nolazco.</b>	Colaboradora Técnica en Salud II Sección Regulación Técnica en salud
<b>Dr. William Adonay Sosa.</b>	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en salud
<b>Lic. Jaime Roberto Castro Águila.</b>	Colaborador Técnico en Salud I Sección Regulación Técnica en salud

Nombre	Cargo/Procedencia
Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala.	Colaboradora Técnica en Salud II Departamento de Vigilancia Sanitaria
Dr. Francisco José Lemus García.	Colaborador Técnico en Salud II Departamento Vigilancia Sanitaria
Dra. Nancy Lizzeth Góchez Vásquez.	Colaboradora Técnica en Salud II División Evaluación de la Calidad en Salud
Dr. Oscar Alvarado Miguel.	Colaborador Técnico en Salud II Sección Clínicas Empresariales
Lic. Olga Julissa Vaquerano.	Colaboradora Técnica en Salud II Dpto. Monitoreo/Redes Integrales e Integradas de Salud
Lic. Alicia E. Rivas de Magaña.	Colaboradora Técnica en Salud II Dpto. Monitoreo/Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Emilia Gudelia Hernández Lazo.	Colaborador Técnico en Salud II Dpto. Monitoreo de Redes Integrales e Integradas
Ing. Jacobo A. Martínez Estrada.	Colaborador Técnico en Salud I Salud del Trabajo y Medio Ambiente
Lic. Jaime Aramis Serpas.	Jefe de Farmacia Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
Lic. Patricia Ferrufino Melara.	Jefe de Farmacia Unidad Médica Usulután
Lic. Idilia Azucena Navarrete.	Jefe de Farmacia Unidad Médica Atlacatl
Lic. Edwin Bonilla Flores.	Jefe de Farmacia Hospital 1° de Mayo
Lic. Paula A. Campos Cerón.	Jefe de Enfermería Unidad Médica La Unión
Dr. Salomón Monroy Martínez.	Infectólogo Hospital General
Dra. Ana Elizabeth Rodríguez de Viana.	Infectóloga Hospital 1° de Mayo
Dr. Carlos Hernández Morán.	Infectólogo Hospital Regional de Santa Ana
Dr. José Joaquín Viana Aguiluz.	Infectólogo Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
Dra. Carmen Elena Albanez de Ayala.	Infectóloga Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico

Nombre	Cargo/Procedencia
<b>Dr. Joaquín Guillermo Celarié Granillo.</b>	Medicina Interna Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Dr. Rafael Antonio Baltrons Orellana</b>	Médico Epidemiólogo Hospital Amatepec
<b>Dra. Flor Alcira Muñoz de Martínez.</b>	Médico Epidemióloga Hospital Regional Santa Ana
<b>Dra. Miriam Patricia Chávez Jaime.</b>	Médica Epidemióloga Unidad Médica Santiago de María
<b>Dra. Luz de María de Hernández.</b>	Médico Epidemióloga Unidad Médica Santa Ana
<b>Dra. Nancy Marjorie Alonzo Callejas.</b>	Ginecóloga Unidad Médica Puerto El Triunfo
<b>Dra. Rocío de María Chanta de Martínez.</b>	Médico Unidad Médica Metapán
<b>Dr. Demetrio Olaciregui Perla.</b>	Médico Unidad Médica Soyapango
<b>Dr. Dionisio Castro Gómez.</b>	Médico Clínica Comunal Santa Bárbara
<b>Lic. Escarly Emicela Coca de Canizalez.</b>	Laboratorio Clínico Hospital Regional de San Miguel
<b>Lic. Julio Rigoberto Santos.</b>	Técnico de Farmacia Hospital 1° de Mayo
<b>Lic. Blanca Leticia Ramos.</b>	Técnico de Farmacia Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico
<b>Srta. Ana Cecilia Rivas.</b>	Auxiliar de Enfermería Unidad Médica Ahuachapán



## Contenido

A. MARCO LEGAL.....	9
A. LEX ARTIS.....	7
B. ANTECEDENTES.....	8
C. INTRODUCCIÓN.....	8
D. OBJETIVOS.....	11
E. ALCANCE.....	11
I. NORMA DE MANEJO PARA PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL VIH Y SEGUIMIENTO POST EXPOSICIÓN A VHB Y VHC..	12
II. PROCEDIMIENTOS DE MANEJO EN TRABAJADORES QUE SUFRIERON ACCIDENTE CON EXPOSICIÓN A MATERIAL BIOINFECCIOSO.....	15
III. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN A VIH CON TERAPIA ANTIRETROVIRAL.....	20
IV. GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE PPE POR FARMACIA.....	25
V. MANEJO POST EXPOSICIÓN PARA VIRUS DE HEPATITIS B (VHB).....	26
VI. MANEJO POST EXPOSICIÓN PARA VIRUS DE HEPATITIS C (VHC).....	27
VII. SEGUIMIENTO DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO.....	27
VIII. CONSEJERÍA.....	29
IX. EXPOSICIÓN AL VIH POR VIOLACIÓN SEXUAL.....	30
X. CONSIDERACIONES GENERALES.....	30
XI. ABORDAJE DEL RIESGO POR VIOLACIÓN SEXUAL.....	31
XII. PROCEDIMIENTOS PARA EL ABORDAJE DE VIOLACIÓN SEXUAL Y PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL VIH.....	33
XIII. INDICADORES.....	35
XIV. DISPOSICIONES GENERALES.....	38
XV. OBSERVANCIA DE LA NORMA.....	38
XVI. INFRACCIONES Y SANCIONES.....	38
XVII. VIGENCIA DE LA NORMA.....	38
XVIII. OFICIALIZACIÓN.....	39
XIX. GLOSARIO.....	40
XX. BIBLIOGRAFIA.....	41
XXI. ANEXOS.....	44

## A. MARCO LEGAL.

### 1. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR.

---

**Art. 2.-** Toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión, y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos.

Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

**Art. 65.-** La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

### 2. LEY GENERAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LOS LUGARES DE TRABAJO Y SUS REGLAMENTOS.

---

**Art. 1.-** El objeto de la presente ley es establecer los requisitos de seguridad y salud ocupacional que deben aplicarse en los lugares de trabajo, a fin de establecer el marco básico de garantías y responsabilidades que garantice un adecuado nivel de protección de la seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras, frente a los riesgos derivados del trabajo de acuerdo a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas para el trabajo, sin perjuicio de las leyes especiales que se dicten para cada actividad económica en particular.

**Art. 3.-** Para los propósitos de esta ley se observará lo siguiente: 1. Todo riesgo siempre deberá ser prevenido y controlado preferentemente en la fuente y en el ambiente de trabajo, a través de medios técnicos de protección colectiva, mediante procedimientos eficaces de organización del trabajo y la utilización del equipo de protección personal.

#### ORGANIZACIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL.

**Art. 8.-** Será responsabilidad del empleador formular y ejecutar el Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales de su empresa, de acuerdo a su actividad y asignar los recursos necesarios para su ejecución. El empleador deberá garantizar la participación efectiva de trabajadores y trabajadoras en la elaboración, puesta en práctica y evaluación del referido programa.

**Dicho programa contará con los siguientes elementos básicos:**

1. Mecanismos de evaluación periódica del Programa de Gestión de Prevención de Riesgos Ocupacionales.
2. Identificación, evaluación, control y seguimiento permanente de los riesgos ocupacionales, determinando los puestos de trabajo que representan riesgos para la salud de los trabajadores y trabajadoras, actuando en su eliminación y adaptación de las condiciones de trabajo, debiendo hacer especial énfasis en la protección de la salud reproductiva, principalmente durante el embarazo, el post-parto y la lactancia.
3. Registro actualizado de accidentes, enfermedades profesionales y sucesos peligrosos, a fin de investigar si éstos están vinculados con el desempeño del trabajo y tomar las correspondientes medidas preventivas.
4. Diseño e implementación de su propio plan de emergencia y evacuación.
5. Entrenamiento de manera teórica y práctica, en forma inductora y permanente a los trabajadores y trabajadoras sobre sus competencias, técnicas y riesgos específicos de su puesto de trabajo, así como sobre los riesgos ocupacionales generales de la empresa, que le puedan afectar.
6. Establecimiento del programa de exámenes médicos y atención de primeros auxilios en el lugar de trabajo.
7. Establecimiento de programas complementarios sobre consumo de alcohol y drogas, prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, salud mental y salud reproductiva.
8. Planificación de las actividades y reuniones del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional. En dicha planificación deberá tomarse en cuenta las condiciones, roles tradicionales de hombres y mujeres y responsabilidades familiares con el objetivo de garantizar la participación equitativa de trabajadores y trabajadoras en dichos comités, debiendo adoptar las medidas apropiadas para el logro de este fin.
9. Formulación de un programa de difusión y promoción de las actividades preventivas en los lugares de trabajo. Los instructivos o señales de prevención que se adopten en la empresa se colocarán en lugares visibles para los trabajadores y trabajadoras, y deberán ser comprensibles.
10. Formulación de programas preventivos, y de sensibilización sobre violencia hacia las mujeres, acoso sexual y demás riesgos psicosociales.

Dicho programa debe ser actualizado cada año y tenerse a disposición del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

**TITULO IX INFRACCIONES**  
**CAPITULO I INFRACCIONES DE PARTE DE LOS EMPLEADORES**

**Art. 78.-** Se consideran infracciones leves las siguientes

- 8) No notificar el empleador a la Dirección General de Previsión Social, los daños ocasionados por los accidentes de trabajo, en el plazo establecido en la presente Ley.
- 9) No implementar el registro de los accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y sucesos peligrosos ocurridos en su empresa.

**3. LEY DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN PROVOCADA POR  
EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.**

---

**Art. 78.-** El Ministerio como rector de la Política Nacional en materia de salud, podrá emitir Protocolos de Atención, Normas Técnicas, Instructivos y las disposiciones que sean necesarias para facilitar y lograr mayor eficiencia en la aplicación de la ley y de este Reglamento.

**4. LEY ESPECIAL INTEGRAL PARA UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA  
LAS MUJERES**

---

**Art. 5.-** En la que se prohíbe forma de discriminación, entendida ésta, como toda distinción, exclusión, restricción o diferenciación arbitraria basada en el sexo, la edad, identidad sexual, estado familiar, procedencia rural o urbana, origen étnico, condición económica, nacionalidad, religión o creencias, discapacidad física, psíquica o sensorial, o cualquier causa análoga, sea que provenga del Estado, de sus agentes o de particulares.

## 5. LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA, LEPINA.

---

**Art. 55.- Protección frente al abuso y explotación sexual.** Todas las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a ser protegidos contra el abuso y explotación sexual.

## 6. LEY DE EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

---

**Art. 2.- La persona con discapacidad tiene derecho:** A ser protegida contra toda discriminación, explotación, trato denigrante o abusivo en razón de su discapacidad.

## 7. CÓDIGO PENAL DE EL SALVADOR.

---

**Art. 158** El que mediante violencia tuviere acceso carnal por vía vaginal o anal con otra persona, será sancionado con prisión de seis a diez años

**Art. 159.-** El que tuviere acceso carnal por vía vaginal o anal con menor de quince años de edad o con otra persona aprovechándose de su enajenación mental, de su estado de inconsciencia o de su incapacidad de resistir, será sancionado con prisión de catorce a veinte años. (19)

**Art. 161** Agresión sexual en menor e incapaz.

**Art. 163** Estupro.

**Art. 164** Estupro por prevalimiento.

### OMISIÓN DE AVISO.

**Art. 312.-** El funcionario o empleado público, agente de autoridad o autoridad pública que en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de ellas, tuviere conocimiento de haberse perpetrado un hecho punible y omitiere dar aviso dentro del plazo de veinticuatro horas al funcionario competente, será sancionado con multa de cincuenta a cien días multa. Igual sanción se impondrá al jefe o persona encargada de un centro hospitalario, clínica u otro establecimiento semejante, público o privado, que no informare al funcionario competente el ingreso de personas lesionadas, dentro de las ocho horas siguientes al mismo, en casos en que racionalmente debieran considerarse como provenientes de un delito.

## 8. CÓDIGO DE SALUD.

---

**Art. 41.-** Corresponde al Ministerio: Inciso "4) Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias".

**Art. 181.-** Para los efectos del presente Código, Accidente es todo acontecimiento imprevisto que afecte la salud del individuo. Si el acontecimiento imprevisto ocurriere a causa del desempeño o con ocasión de ejecutar un trabajo se considera accidente de trabajo.

**Art. 182.-** Corresponde al Ministerio el estudio de la epidemiología de los accidentes, la divulgación de causas, riesgos, formas de prevenirlas y dictar las normas necesarias para evitarlos.

## 9. CÓDIGO DEL TRABAJO.

---

**Art. 184:** El empleador debe proteger eficazmente la vida y salud de sus trabajadores, para cuyo efecto debe proporcionarles condiciones adecuadas de higiene y seguridad en el trabajo, elementos de protección personal y medios para acceder a una oportuna y adecuada atención médica, hospitalaria y farmacéutica en caso de accidentes o emergencias.

### Título Segundo "Seguridad e higiene del trabajo".

#### Capítulo I Obligaciones de los patronos.

**Art. 314** todo patrono debe de adoptar y poner en práctica medidas adecuadas de seguridad e higiene en los lugares de trabajo, para proteger la vida, la salud y la integridad corporal de sus personales.

#### Capítulo II Obligaciones de los Personales.

**Art. 315** Todo personal está obligado a cumplir con las normas de seguridad e higiene y con las recomendaciones técnicas, en lo que se refiere al uso y conservación del equipo de protección de personal que le sea suministrado, a las operaciones y procesos de trabajo.

## 10. NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL (NTCI) DEL ISSS.

---

### Documentación, actualización y divulgación de Políticas y Procedimientos.

**Art.42.** El Departamento responsable de la Administración de la Normativa Institucional deberá revisar de forma periódica, la vigencia de dichos documentos o a solicitud

del Usuario responsable de su aplicación, a fin de verificar si existen cambios no reportados y efectuar de manera conjunta la actualización correspondiente.

**Art.43.** Los centros de Atención, Subdirecciones, Unidades, Divisiones, Departamentos y demás dependencias del Instituto deberán desarrollar sus actividades con base en las funciones y procedimientos establecidos en los manuales de Organización, Manuales de Normas y Procedimientos y otras normas o regulaciones aplicables a cada Dependencia.

**Art.44.** Será responsabilidad de cada Jefatura, solicitar al área correspondiente, cada vez que sea necesaria, la mejora de los procesos; así como también, la actualización de sus documentos normativos relacionados vigentes.

**Art.45.** El personal que ejecute los procedimientos será responsable de informar a la Jefatura inmediata, las inconsistencias en los procesos y/o en los sistemas de información, a fin de que se apliquen las medidas correctivas o preventivas necesarias.

#### **Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación.**

**Art. 46.** Será responsabilidad de las jefaturas superiores del Instituto, autorizar oportunamente los documentos normativos que sean generados por las dependencias encargadas de su elaboración.

**Art.47.** Las dependencias responsables de elaborar documentos normativos de aplicación general para el funcionamiento del Instituto deberán solicitar de acuerdo con el ámbito que le corresponda la autorización del nivel superior de conformidad de la estructura organizativa vigente.

#### **Definición de Políticas y Procedimientos sobre Diseño y Uso de Documentos y Registros.**

**Art. 48.** Los documentos y registros de uso interno institucional deberán estar en concordancia con los procedimientos definidos a fin de lograr los objetivos de la organización y del control interno.

**Art.49.** Las revisiones y enmiendas de los documentos de uso oficial, serán permitidas solamente con la aprobación del área responsable de documentar, divulgar y distribuir los instrumentos técnicos administrativos actualizados a los usuarios.

## A. LEX ARTIS.

El conocimiento humano es un recurso que se encuentra en cambio permanente, crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo, en definitiva, cambia y configura la lex artis escrita, cuya aplicación robustece el juicio técnico y se materializa en el ejercicio de medios que traen implícitos el proceso de prestación de servicios de salud.

Los documentos regulatorios buscan elaborar y presentar un escrito de valor práctico por medio del concurso de los profesionales, directa o indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándar que permita proveer a los derechohabientes una atención de calidad homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales y técnicos que laboran en el ISSS.

El proceso de elaboración y revisión (actualización) de los documentos normativos implica revisión bibliográfica exhaustiva en fuentes actualizadas y validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, matizadas con la disponibilidad de recursos institucionales, teniendo como prioridad la vida y la salud de los derechohabientes.

Las ciencias de la salud distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo en los centros de atención es otro ser humano, cuya vida y salud, le confieren una identidad propia, no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades, sino personas.

Es por eso que, bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales.

Siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicará todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de los Derechohabientes, todos los medios materiales de que dispone la Institución, así como, todos los medios académicos y laborales de que disponen los profesionales de la salud que prestan la atención directa, quienes forman parte de la cadena de actores que abonan al producto final que nos inspira: la vida y la salud de los derechohabientes.

Debemos estar conscientes de que no hay escrito regulatorio que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir, y un caso particular –como lo son todos y cada uno- siempre nos puede presentar necesidades que exijan de nosotros, actuar de forma coherente con nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud de los derechohabientes; entendiendo y aceptando siempre la imperiosa necesidad y



responsabilidad de justificar y registrar por todos los medios formales, una conducta que por ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es en esencia, el objeto de todo documento regulatorio.

El paso del tiempo trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología, la regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea probada y validada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucional, de acuerdo a la evidencia; pero mientras eso ocurre, todos los profesionales de la salud están en la obligación y el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que a criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por la Institución.

## B. ANTECEDENTES.

En el año 2006, se elaboró en la Institución la "Guía de Manejo para el Sistema de Información de la Profilaxis Post Exposición al VIH (SIPPE) en el ISSS", para dar respuesta a los casos de accidentes ocupacionales con exposición al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Así, ante la ampliación de servicios para los derechohabientes a quienes se les presta atención médica, el Instituto realiza la revisión y actualización de la misma, dando por resultado la "Norma y Procedimientos de Profilaxis Post Exposición al VIH y Seguimiento Post Exposición a VHB y VHC en el ISSS", que tiene como objetivo estandarizar los procesos de atención que se brindan al personal que sufra exposición al Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Virus de Hepatitis tipo B (VHB) y Virus de Hepatitis tipo C (VHC) por accidentes laborales, así como a personas que sufren una violación sexual; la norma es un instrumento que guiará a los profesionales en el proceso de la atención y seguimiento de estos casos.

## C. INTRODUCCIÓN.

A partir de la aparición del "Síndrome de Inmunodeficiencia Humana" en 1981 y el descubrimiento del VIH en 1983 por el virólogo francés Luc Montagnier, se ha producido un incremento en el número de muertes y personas infectadas por este virus. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública a nivel mundial, que ha cobrado más de 35 millones de vidas. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. A finales de 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones. El 54% de los adultos y el 43% de los niños infectados están en tratamiento antirretroviral (TAR) de por vida. La

cobertura mundial del TAR para las mujeres infectadas que están embarazadas o en periodo de lactancia es del 76% (1).

A nivel nacional, en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) se han registrado 2,320 personas con VIH y se han diagnosticado 202 nuevos casos de VIH para el año 2018, según datos del Sistema Único de Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH (SUMEVE); observándose, así mismo, un aumento desde una tasa de 12.86 por 100,000 casos desde el año 2014, hasta una tasa de 14.72 por 100,000 casos para el 2018.

El personal de salud se encuentra dentro de los grupos poblacionales con mayor riesgo de contraer enfermedades causados por agentes biológicos, debido al contacto con secreciones cuando se atienden a los pacientes. En especial las áreas de emergencia y hospitalización, donde se realizan procedimientos que utilizan agujas y otros instrumentos.

La exposición a la sangre puede ocurrir por heridas con objetos punzocortantes, como una aguja que ha sido usada en un paciente o una cortadura con un objeto punzocortante contaminado. La exposición también puede ocurrir por salpicaduras en mucosa (ojos, nariz, boca y área genital) contacto con piel lesionada (agrietada o abierta) o por mordeduras humanas (2).

En el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), de acuerdo a la información del Sistema Estadístico en Salud (SES), en el año 2018 se registraron 82 accidentes laborales post exposición al VIH; en el mismo periodo se registraron 11 casos de violación sexual.

Existen otros agentes patógenos además del VIH, que conllevan riesgos de infección, como el virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC), por lo cual se debe de realizar un estudio de tamizaje completo.

El riesgo de infección por exposición ocupacional al VIH, VHB, VHC puede ocurrir por: exposición ocupacional a sangre y otros líquidos potencialmente infecciosos para estos virus (semen, fluidos vaginales, líquido amniótico, líquido cefalorraquídeo y otros), lesión penetrante por accidentes con material corto punzante, y violaciones sexuales. Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), se ha determinado que el riesgo de infección que tiene un trabajador cuando sufre un accidente con material corto-punzante es: VIH 0.3%, VHC 1.8% y VHB 6 al 30 % (2).

La prevención continúa siendo la estrategia más efectiva para evitar los accidentes de trabajo en donde hay un alto riesgo de exposición ocupacional con sangre y otros líquidos potencialmente infectantes, a través del cumplimiento de las normas de bioseguridad y así disminuir el riesgo de ocurrencia.

Si a pesar de lo anterior ocurre un accidente laboral con exposición de fluidos corporales que puedan estar contaminados con virus de transmisión parenteral, los establecimientos del ISSS deben ofrecer a la persona accidentada un plan de atención sistematizado, conocido y aplicado uniformemente por todo el personal responsable de la atención de estos casos, así como también pueda ser aplicado en los casos de violación sexual.

Al momento de atender los casos, el personal de salud debe tener bien definidas sus funciones, conocer el abordaje/atención de profilaxis post exposición (PPE), notificación y seguimiento de los mismos, con el objetivo de brindar una atención oportuna y de esta manera disminuir el riesgo de infección con estos virus.

La exposición al VIH requiere evaluación médica inmediata y si el caso necesita profilaxis antirretroviral, ésta deberá iniciarse idealmente dentro de las primeras 2 horas posteriores al accidente, hasta un máximo de 72 horas, ya que este es el tiempo que necesita el virus para desarrollar la diseminación sistémica, por lo que es indispensable que todos los involucrados en el proceso de atención, la realicen con la rapidez y oportunidad que este tipo de casos requieren. Debido a lo anterior, es necesario sistematizar la atención ante una exposición ocupacional y en caso de una violación sexual, teniendo en cuenta las repercusiones farmacológicas asociadas, la percepción del riesgo individual, emocional y social, asociadas a este tema, con el fin de brindar una atención con calidad y calidez.

La presente norma establece el manejo que se brindará a las personas que sufran accidentes laborales con exposición a sangre y fluidos corporales potencialmente infectantes y personas que sufran una violación sexual. Para mayor explicación de situaciones específicas, deben consultarse los protocolos, normas, manuales y guías relacionados con el tema vigente en el ISSS.

## D. OBJETIVOS.

### GENERAL.

Regular y estandarizar las acciones del personal de salud en la atención, manejo y seguimiento a derechohabientes con exposición a sangre y fluidos corporales potencialmente infectantes para VIH, VHB y VHC, por accidentes laborales o violación sexual.

### ESPECÍFICOS.

1. Sistematizar la atención y seguimiento al personal de salud o al derechohabiente que sufra un accidente laboral post exposición al VIH, VHB y VHC o por casos de violación sexual.
2. Estandarizar el sistema de notificación y seguimiento post exposición al VIH, VHB y VHC en el ISSS.

## E. ALCANCE

**La presente Norma y sus disposiciones son obligatorias para todos los centros de atención del ISSS.** Así mismo, se aplicará a las dependencias administrativas y de salud, directa e indirectamente involucradas, en el ámbito de sus competencias, en el proceso de atención del accidente laboral y violación sexual en relación a la exposición al VIH, VHB, VHC.

El Departamento de Vigilancia Sanitaria y el Departamento de Salud del Trabajo y Medio Ambiente le darán seguimiento a la presente norma de acuerdo al ámbito de sus competencias.

## I. NORMA DE MANEJO PARA PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL VIH Y SEGUIMIENTO POST EXPOSICIÓN A VHB Y VHC.

1. **La autoridad máxima del centro de atención es responsable del cumplimiento y divulgación** de la “Norma y Procedimientos de Profilaxis Post Exposición al VIH y Seguimiento Post Exposición a VHB Y VHC en el ISSS”.
2. Los directores, administradores, jefaturas de servicio, personal médico, enfermería, trabajo social, laboratorio clínico, farmacia y demás trabajadores de los centros de atención, **deben cumplir** la presente “Norma y Procedimientos de Profilaxis Post Exposición al VIH y Seguimiento Post Exposición a VHB Y VHC en el ISSS”, en forma ética y profesional en el ámbito de sus competencias.
3. Es responsabilidad de los directores, administradores y jefaturas, verificar que se **adopten prácticas seguras** en el desempeño de las diversas actividades laborales que estén relacionadas con el manejo de material potencialmente riesgoso, como el contacto con fluidos corporales, objetos corto-punzantes, entre otros.
4. Los directores y jefaturas, deben dar a conocer las **medidas administrativas y de atención clínicas a seguir**, en caso de accidentes post exposición y violación sexual; poner a disposición los recursos médico hospitalarios y así brindar la atención pertinente a los pacientes en estas circunstancias.  
Nota: Es importante que la jefatura del área o del servicio, en donde sucedió el accidente laboral, sea notificada y verifique que la persona afectada reciba atención de emergencia.
5. En los centros del ISSS que brindan atención a pacientes, en donde existe riesgo de exposición a VIH, VHB y VHC; los jefes o coordinadores de servicios de emergencia **deberán nombrar al personal médico que brindará la atención**, los cuales deberán estar **capacitados y actualizados** de forma permanente.
6. Se considera como **“emergencia médica”** todo accidente laboral con material potencialmente infectante para VIH, VHB y VHC, así como los casos de violación sexual.
7. Se considera **“exposición ocupacional con riesgo”** a toda persona que reciba una injuria percutánea, contacto de membranas mucosas o piel con pérdida de continuidad, con fluidos corporales potencialmente infectantes.
8. En accidentes post-exposición ocupacional, se deberá llenar, por parte del médico tratante, los siguientes formularios:

- a) **“Hoja para el Sistema de Información de la Profilaxis Post- Exposición al VIH, VHB y VHC”** (ver anexo 1), la cual será dirigida para epidemiología local y un duplicado para el empleador.
- b) **“Hoja de Referencia y Retorno”** (ver normativa de referencia y retorno institucional vigente), una dirigida al encargado del Programa de VIH de la Unidad Médica de la Red y otra para Infectología, para el seguimiento respectivo del paciente.
9. El Director del Centro de Atención o a quien este encomiende, debe notificar los daños ocasionados por los accidentes de trabajo, completando y remitiendo al Ministerio de Trabajo (por los medios electrónicos y escritos que este defina para tal fin), el formulario de notificación de accidentes establecido por la **Dirección General de Previsión Social, de acuerdo a lo que estipula la Ley General de Prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo, en su artículo #8**. Lo anterior lo debe realizar **dentro de las primeras 72 horas** de ocurrido el evento, sin omitir los sistemas de información institucionales.
10. El médico director debe garantizar el registro y notificación de los casos de exposición laboral al VIH, VHB y VHC, así como de violación sexual, tanto en el **Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE)**, como en el **Sistema Estadístico en Salud (SES), Vigilancia Epidemiológica en Salud (VIGEPES)** – formulario **VIGEPES 04\_5** (numeral 85: accidente de trabajo y numeral 90: violación sexual) y **Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH (SUMEVE)**, a través del reporte del formulario **FVIH-01** generado para el procesamiento de pruebas rápidas (según la casilla correspondiente a accidente laboral o violación sexual).
11. El comité epidemiológico local debe mantener la vigilancia de la ocurrencia de éstos eventos, analizar los datos (incluyendo los emitidos por los sistemas de vigilancia mencionados en el literal #10) y emitir recomendaciones a dirección local y al comité de salud y seguridad ocupacional para el control y seguimiento de los riesgos asociados a los mismos.
12. Un evento de ésta naturaleza constituye una **emergencia médica**, por lo que la profilaxis post exposición (PPE) debe iniciarse lo más pronto posible, idealmente **dentro de las primeras dos a cuatro horas (2 a 4 hr) y no debe administrarse después de las setenta y dos horas (72 hr) de ocurrido el evento**.
13. La **terapia antirretroviral de primera línea** a utilizar como **PPE**, tanto para casos de accidentes laborales con exposición a VIH, VHB y VHC, como para casos de violación sexual, será con: **Tenofovir diproxil fumarato 300 mg. más Emtricitabina 200 mg. y Dolutegravir sódico 50 mg.**

En mujeres **embarazadas, mujeres que intentan quedar embarazadas o en quienes se sospeche embarazo**, se prescribirá **Raltegravir 400mg.**, en lugar de Dolutegravir (ver dosis en numeral 48 de esta norma).

14. **La PPE se dará por 28 días**, a menos que **Infectología** modifique o suspenda el tratamiento.
15. Existirán **centros de atención “designados”** a contar con medicamentos **antirretrovirales** (ARV) para profilaxis post exposición (PPE) al VIH, **para casos de accidentes laborales post exposición a VIH o violación sexual**; los cuales estarán distribuidos, **conformando “Kits de PPE”** dentro de las farmacias que proveen medicamentos en las emergencias de dichos centros de atención.
16. La **distribución de los “Kit PPE”** en las farmacias de los centros de atención “designados”, será de la siguiente manera:
  - a) Farmacias que dispondrán de **“Kit PPE básico”**: conteniendo medicamentos de **profilaxis para tres días** (Ver anexo 2).
  - b) Farmacias que dispondrán de **“Kits PPE Básicos”** (con tres días de PPE cada uno) **y de un “Kit PPE ampliado”**: conteniendo medicamentos de **PPE para quince días** (Ver anexo 3).
17. El personal médico que podrá prescribir los medicamentos antirretrovirales de profilaxis post exposición laboral al VIH o por violación sexual, será: **médicos infectólogos, médicos coordinadores de emergencias (o su delegado), médico coordinador o encargado de turno (o su delegado), médicos perinatólogos y médicos internistas capacitados en profilaxis post exposición al VIH**, de los centros “designados” a contar con profilaxis post exposición (ver anexo 2 y 3).
18. Independientemente de la conducta de manejo tomada en el área de emergencia, después de atender a un paciente con riesgo post exposición a VIH, VHB y VHC, por accidente laboral o violación sexual, siempre **se debe referir al paciente a Infectología**.
19. Las jefaturas de farmacia, con apoyo de los directores, epidemiólogos, infectólogos o encargados del programa VIH, de los centros de atención “designados” a contar con “Kit PPE” (ver listado en Anexo 2 y 3), son responsables de **verificar periódicamente la existencia de los medicamentos de profilaxis post exposición** en sus respectivos centros de atención.
20. Si en cualquier momento, ya sea al inicio o durante el seguimiento del paciente que sufrió el evento, el resultado una de las pruebas de éste para **VIH, VHB, VHC es “reactivo”**, el personal de **laboratorio debe notificar inmediatamente** al médico tratante, encargado local del Programa VIH o a la jefatura médica de emergencia o del servicio correspondiente; a fin de que se le brinde prontamente la atención y manejo correspondientes al paciente.

\* Se solicitará el apoyo de personal de Trabajo social cuando lo amerite.

21. Siempre que exista un resultado de prueba para VIH, VHB o VHC “reactiva”, debe referirse al paciente a Infectología.

## II. PROCEDIMIENTOS DE MANEJO EN TRABAJADORES QUE SUFRIERON ACCIDENTE CON EXPOSICIÓN A MATERIAL BIOINFECCIOSO.

### ➤ **Notificación y Remisión a Emergencia (ver Anexo 4 y 5).**

22. El trabajador que sufra un accidente laboral con corto punzantes o salpicadura con probable exposición al VIH, VHB y VHC, debe suspender la actividad que esté realizando y notificar el accidente al jefe inmediato superior (jefe de servicio o supervisor de turno, entre otros) para que delegue un recurso que lo sustituya y se dé inicio al proceso de atención.
23. El trabajador que sufre un accidente laboral con corto punzantes o salpicadura con probable exposición al VIH, VHB y VHC, deberá aplicarse inmediatamente las siguientes medidas básicas:
- a) En salpicaduras a mucosas (conjuntiva, cavidad bucal y genitales): Lavado con agua corriente o suero fisiológico en abundancia, sin restregar.
  - b) En heridas cutáneas (punciones, cortes) o salpicaduras en piel no intacta (como heridas abiertas o eczema): lavado con jabón y abundante agua o solución salina normal al 0.9%, facilitar el sangrado y no succionar ni exprimir la herida. Colocar un antiséptico y cubrirla.
  - c) NO deberá aplicarse agentes cáusticos (lejías, productos para limpieza, detergentes, entre otros) en el área afectada.
24. El trabajador que sufra un accidente laboral con cortopunzantes con probable exposición al VIH, VHB y VHC, con lesión cutánea, abierta y profunda, con sangrado considerable, debe ser tratado en área de emergencia para evaluar si amerita sutura.
25. Los centros de atención del ISSS y clínicas empresariales que no cuenten con la capacidad instalada para la atención de este tipo de accidentes, deberán brindar primeros auxilios y **tomar muestras para prueba rápida de VIH**, al empleado y, de ser posible, al paciente “fuente” y dará **referencia al centro de atención del ISSS designado a brindar la PPE** en casos de accidentes post-exposición.
- Nota: al completar el formulario FVIH-01, el “motivo de solicitud” de la persona que sufrió la exposición a VIH, debe ser “accidente laboral” o “agresión sexual”, según sea el caso; no así para la persona “fuente”, a quien se le señalará la casilla “tamizaje” (según aplique).



26. A todo trabajador que sufrió un accidente laboral con riesgo de exposición al VIH, VHB y VHC, deberá tomársele **prueba rápida para VIH, serología para VHB y VHC** (con la debida justificación y autorización de la jefatura pertinente o dirección local, al reverso de la boleta); y prueba para investigar Sífilis.
27. En los establecimientos que no cuenten con laboratorio, el trabajador de salud delegado por director local, llevará estas muestras o acompañará al trabajador que sufrió el accidente y a la persona fuente, a la Emergencia del centro que lo atenderá, en cumplimiento del numeral 34 de las **"Normas Generales de Laboratorio Clínico"** (apartado "A. Transporte" del documento), relacionado al transporte de muestras; debiendo agregar a la **"Hoja de Referencia y Retorno"**, el **"Formulario FVIH01"** (Ver Anexo 9), **boleta de "diversos"** (original y copia) **de serología para VIH, VHB, VHC y Sífilis**. Ya procesada la muestra, el personal de laboratorio enviará la boleta FVIH01 al digitador del centro de atención para su digitación en SUMEVE (ver también anexo #10).

Nota: Si el paciente accidentado se encuentra emocionalmente y físicamente estable, se podrá exonerar que sea acompañado por un trabajador de salud del establecimiento, si esto implicase entorpecer la atención según la demanda de pacientes en el centro. En este caso, se podrá enviar sólo al paciente accidentado para que se tome las muestras en el centro a donde se refiere.

28. Cuando un **"paciente fuente"** es identificado y su **condición de VIH, VHB, VHC es desconocida**, se le tomará muestra de sangre en el establecimiento, para la **prueba rápida de VIH y serología para VHB y VHC**.
29. Cuando el "paciente fuente" es identificado como paciente VIH resistente a antirretrovirales (ARV), el régimen PPE que se indique, debe iniciarse con el mismo régimen de tratamiento ARV del paciente fuente y referirlo con toda la información del paciente, para ser evaluado por infectólogo.
30. Cuando el "paciente fuente" se encontrase inconsciente y su condición de VIH es desconocida, se le tomará muestra de sangre para realizar "Prueba Rápida para VIH" (con el formulario FVIH-01), además, serología para VHB y VHC, prueba para Sífilis, sin consejería previa. Luego al estar consciente, se le debe explicar el evento durante la post consejería.
31. En los dos casos anteriores (numerales 28 y 30), un trabajador de salud del centro de atención, acompañará al accidentado y al paciente fuente o, llevará las muestras a la Emergencia del centro que brindará la atención o que procesará los exámenes de sangre, según aplique; cumpliendo lo establecido en el numeral 34, literal "A. Transporte", de las **"Normas Generales de Laboratorio Clínico"**, en relación con el transporte de muestras.

32. Si no se conoce el estado serológico del paciente fuente o existe un resultado serológico "no reactivo" con sospecha clínica elevada o, si la persona fuente se niega a someterse a los exámenes correspondientes, debe considerarse que existe "riesgo" potencial de que se encuentre infectado o en periodo de ventana, por lo que debe iniciarse profilaxis post exposición al paciente que sufrió el accidente.
33. Si durante una exposición laboral se conoce el estado serológico del **paciente fuente** como: **VIH, VHB y/o VHC, "reactivo" o positivo a sífilis**; no se le deberá repetir la prueba de tamizaje respectiva y se debe **proceder de forma inmediata** según el riesgo.
34. Si en el centro en donde sucedió el accidente ("con riesgo") no se dispone de medicamentos de PPE, el médico tratante realizará la referencia, utilizando la "**Hoja de Referencia y Retorno**" y enviará inmediatamente al trabajador que sufrió el accidente a recepción de Emergencia de uno de los establecimientos "designados" a tener "Kit PPE" o en su defecto, al centro de atención más cercano de su área geográfica de Influencia (AGI) que cuente con el tratamiento respectivo (ver lista de centros "designados" en anexo 2 y 3).
35. El **encargado de recepción de emergencia** del establecimiento "designado", recibirá la "Hoja de Referencia y Retorno", anotará en la hoja, la hora de llegada del paciente, **dándole prioridad** y elaborará la hoja de consulta médica de emergencia, **sin pasar por el área de selección y notificará** el caso directamente al médico coordinador de Emergencia o su designado, para que se brinde la atención pertinente.

➤ **Atención Médica en Emergencia (Ver Anexo 4 y 5).**

36. El médico tratante debe realizar una historia clínica completa con el objetivo de investigar el riesgo de infección para VIH, VHB, VHC y Sífilis. Al mismo tiempo, debe brindar consejería adecuada y oportuna, cuidando de guardar la confidencialidad y estado emocional del trabajador.
37. Existen tres consideraciones principales que el médico tratante debe tomar en cuenta **para determinar el riesgo** que implica el accidente post exposición:
- i. Tipo de fluido corporal de la fuente.
  - ii. Estado de la piel o involucramiento de mucosas de la persona expuesta.
  - iii. Condición serológica de la fuente.

**A) Clasificación según tipo de fluido corporal involucrado.**

38. El médico tratante deberá considerar la clasificación de la capacidad de contagio de diferentes fluidos corporales para determinar el riesgo, según se define en la siguiente tabla:

TABLA 1. CLASIFICACIÓN SEGÚN LA CAPACIDAD DE INFECCIÓN DE LOS DIFERENTES FLUIDOS CORPORALES *.		
ALTAMENTE INFECCIOSOS	POTENCIALMENTE INFECCIOSOS	NO INFECCIOSOS**
• Sangre.	• Líquido cefalorraquídeo.	• Heces.
	• Líquido sinovial.	• Orina.
• Semen.	• Líquido pleural.	• Secreciones nasales.
	• Líquido peritoneal.	• Espujo.
• Secreciones o fluido vaginal.	• Líquido pericárdico.	• Saliva.
	• Líquido amniótico.	• Sudor.
	• Secreción purulenta.	• Lagrimas.
	• Leche materna.	
*Recomendaciones básicas: profilaxis post-exposición ocupacional al VIH, Virus de la hepatitis B y C y normas de bioseguridad. – 3ª ed.– Asunción: OPS, 2010.		
**Salvo presencia de sangre visible, en cuyo caso se considerará como altamente infecciosos.		

39. En toda exposición con fluido corporal potencialmente infeccioso o altamente infeccioso, se debe proceder a la **clasificación del riesgo** según el estado de la piel o involucramiento de mucosas de la persona expuesta, para determinar el manejo a seguir.

**B) Clasificación según el estado de la piel o involucramiento de mucosas de la persona expuesta.**

40. Para continuar con la evaluación del Riesgo<sup>1</sup> (ver anexo 4, Flujograma 1), el médico tratante debe obtener información pertinente para clasificar el riesgo del accidente de la siguiente manera:

- a. **SIN RIESGO**: cuando existe contacto con sangre u otro fluido corporal de una persona **sobre la piel intacta, librando las mucosas**.
- b. **CON RIESGO**: cuando la **piel lesionada** del trabajador (cortadura, pinchadura, abrasión) **o las membranas mucosas**, se ponen **en contacto con sangre o fluidos**

<sup>1</sup> Determinación del riesgo es realizada con base a la información que el paciente proporciona al momento de la consulta.

**corporales altamente infecciosos o potencialmente infecciosos** (tabla I) de personas con VIH, VHB y VHC.

### C) Clasificación según condición serológica de la fuente.

41. El **riesgo de exposición**, según la **condición serológica de la fuente** (ver Anexo 4, Flujograma 1), puede clasificarse en:
- VIH Negativo: Sin riesgo.**
  - VIH Positivo: Con riesgo.**

Nota. Cuando la **fente es desconocida**, se considerará **con riesgo**.

42. El médico tratante debe determinar si existe o no riesgo de exposición, de acuerdo a la valoración que realice de estos tres criterios. **Si existiese duda clínica al respecto**, se deberá **iniciar la PPE, como si existiese riesgo; debiéndose referir al paciente a Infectología** para establecer si existe riesgo.
43. A todo paciente que consulte por un accidente laboral post-exposición **con riesgo** se le indicarán los siguientes exámenes:
- Prueba rápida para VIH.
  - Anticuerpos para Hepatitis C.
  - Antígeno de superficie para Hepatitis B.
  - Serología para Sífilis.
  - Prueba de embarazo en sangre (a toda mujer en edad fértil, cuando exista la posibilidad de embarazo y previa investigación de fecha de última regla en historia clínica).
  - Hemograma completo.
  - Nitrógeno Ureico y Creatinina.
  - Transaminasas.
44. Deberá dársele **prioridad** al procesamiento de los siguientes exámenes: **Prueba Rápida para VIH, Antígeno de superficie para VHB (HBsAg), Creatinina y Transaminasas**, en caso de pacientes que sufrieron accidentes post exposición, ya que es considerado una "emergencia".
45. La respuesta de los exámenes **NO** es razón para retrasar el inicio la profilaxis post exposición.
46. El médico de Emergencia debe proporcionar las pre y post consejería VIH a la persona expuesta y manejar adecuadamente la ansiedad del paciente.

### III. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN A VIH CON TERAPIA ANTIRETROVIRAL.

47. En los casos clasificados “**sin riesgo**”, **NO se dará profilaxis**; sin embargo, se debe dar consejería y alta al trabajador que sufrió el accidente post exposición.
48. En Los casos clasificados como “**con riesgo**”, el médico designado que atiende el caso en emergencia debe **iniciar profilaxis post exposición (PPE)** con tres antirretrovirales (Ver tabla #2).
49. La administración de la **PPE debe iniciarse** lo más pronto posible, **antes de las 72 horas de ocurrido el accidente** post exposición.
50. Los medicamentos de **PPE** deben ser administrados, en total, **por veintiocho días continuos**, de acuerdo a lo definido en el siguiente esquema (Tabla #2):

**TABLA # 2. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN CON ANTIRRETROVIRALES EN PACIENTES CON RIESGO POR ACCIDENTE LABORAL O VIOLACIÓN SEXUAL.**

	MEDICAMENTOS ARV	DÓSIS	TABLETAS A DISPENSAR POR RECETA EN EMERGENCIA*
<b>PPE PRIMERA LÍNEA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Tenofovir diproxil fumarato</u> (TDF) 300 mg. +</li> <li>• <u>Emtricitabina</u> (FTC) 200 mg. (código 8250219) +</li> </ul>	- 1 tableta vía oral cada día	- 3 tabletas mínimo, máximo 28 tabletas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dolutegravir sódico</u> (DTG) 50 mg. (código 8410014)</li> </ul> <p style="text-align: center;">o,</p>	- 1 tableta vía oral cada día	- 3 tabletas mínimo, máximo 28 tabletas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Raltegravir</u> potásico (RAL) 400 mg.** (código 8250223)</li> </ul> <p>** Para mujeres embarazadas, en edad fértil que intentan embarazo o con sospecha de embarazo.</p>	- 1 tableta vía oral cada 12 horas	- 6 tabletas mínimo, máximo 56 tabletas
<b>PPE ALTERNATIVA</b>	MEDICAMENTOS ARV	DÓSIS	TABLETAS A DISPENSAR POR RECETA EN EMERGENCIA*
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Tenofovir diproxil fumarato</u>(TDF) 300 mg. +</li> <li>• <u>Emtricitabina</u> (FTC) 200mg. (Código 8250219) +</li> </ul>	- 1 tableta vía oral cada día	- 3 tabletas mínimo, máximo 28 tabletas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lopinavir (LPV) 200 mg. +</li> <li>• Ritonavir (RTV) 50 mg. (Código 8250216) Tableta recubierta</li> </ul>	-2 tabletas vía oral cada 12 horas	- 12 tabletas mínimo, máximo 112 tabletas
* La cantidad a dispensar dependerá de la cantidad de ARV para PPE autorizados a entregar por farmacia de determinado centro de atención, según anexo #2 y #3.			

Fuente: Updated Guidelines for Antiretroviral Post Exposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other No Occupational Exposure to HIV—United States, 2016 from the Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services.

51. En las áreas de emergencias de los centros “designados” a tener “kit PPE”, se indicará como **primera línea de PPE** la siguiente combinación de ARV: **Tenofovir diproxil fumarato 300mg. más Emtricitabina 200 mg.** (medicamento combinado), una tableta vía oral cada día; **más Dolutegravir sódico 50mg.** 1 tableta vía oral cada día.

52. En los casos en que la persona que sufrió el accidente se encuentre **embarazada o es una mujer que intenta embarazarse o a quien se le sospeche embarazo**, según criterio médico, se indicarán los siguientes ARV como PPE: **“Tenofovir diproxil fumarato 300mg. más Emtricitabina 200 mg.** (medicamento combinado) una tableta vía oral cada día, **más Raltegravir potásico 400mg.** 1 tableta vía oral cada 12 horas.
53. El médico tratante, al prescribir Raltegravir potásico 400mg., para los casos ya mencionados; debe dejar consignada la debida **justificación técnica escrita al reverso de la receta**, la cual debe también llevar la **firma de autorización** de Director local o de quien este delegue o, del coordinador de turno (según sea el caso); para poder ser dispensada en farmacia.
54. **En los casos en los que no se pueda tratar a un paciente con PPE de primera línea**, ya sea por resistencia comprobada, anafilaxia o intolerancia severa al medicamento, entre otras; se podrá prescribir el **medicamento de PPE alternativo**, con la debida **justificación escrita al reverso de la receta** y **según criterio de infectólogo**. La PPE alternativa será con **Tenofovir diproxil fumarato 300 mg. más Emtricitabina 200 mg.**, una tableta vía oral cada día; y **Lopinavir 200 mg., más Ritonavir 50 mg.**, 2 tabletas cada 12 horas (ver tabla #2).
55. El **número de dosis de PPE** a brindar en los servicios de emergencias, será **para 24 horas** (un día), **para tres (3) días o**, incluso por el tiempo necesario **hasta que el paciente sea atendido por Infectología**, preferentemente dentro de las 72 horas posteriores al accidente; para lo cual el médico tratante **emitirá oportunamente la respectiva referencia**, explicándole al paciente **gestionarla el primer día hábil**, si fuera fin de semana o periodo vacacional.
56. **En situaciones especiales**, como período vacacional o en los casos en los que el paciente no lograrse, por cualquier motivo, una cita con Infectología, dentro de las 72 horas posteriores al accidente; **se le podrá dispensar la PPE por el tiempo que transcurra hasta el día en que pase su consulta con Infectología, justificándolo técnicamente al reverso de la receta.**
57. El médico infectólogo debe reevaluar y reclasificar el riesgo, valorando la continuación, modificación o suspensión de la profilaxis post exposición.
58. En el caso de que el médico del área de emergencia, que atendió en un inicio al paciente, tenga que emitirle en días posteriores, otra receta para continuar la PPE durante el tiempo necesario hasta que el paciente sea atendido por infectólogo; el médico que emita la receta subsecuente, **debe justificarla, al reverso de ésta**, indicando que es complemento de la receta anterior.

59. Si posteriormente se reporta una prueba serológica **VIH no reactiva del paciente "fuente"**, se podrá suspender la terapia ARV al paciente que sufrió el accidente, según criterio de Infectología o de médico capacitado en manejo de VIH.
60. Si el trabajador que sufrió el accidente, se negase a iniciar la profilaxis post exposición, se debe registrar este hecho en el expediente clínico con la firma del paciente y la de un testigo, luego debe citarlo en 24 horas (antes de cumplir las 72 horas post exposición) para ofrecer nuevamente la PPE (con su respectivo registro en el expediente clínico).  
\*Nota: se puede apoyar de personal de trabajo social para citar al paciente o para que apoye gestionando que el paciente pase su consulta efectivamente al solicitarla, dentro de las 72 horas posteriores al evento.
61. Existirán centros de atención "designados", cuyas farmacias que abastecen las áreas de emergencia, tendrán disponibilidad de un número determinado de "Kits" de profilaxis post exposición ("**Kit PPE**"), **de acuerdo a anexo 2 y 3** de esta normativa, que contendrán los medicamentos **antirretrovirales considerados como "de primera línea"** para el manejo de estos casos (Tabla #2).
62. De esta manera, existirán centros de atención designados a contar con "Kit PPE" que, de acuerdo al nivel de complejidad y según lo establecido en el anexo 2 y 3, contendrán:
- Medicamentos para **3 días de profilaxis: "Kit PPE básico"**
  - Medicamentos para **15 días de profilaxis: "Kit PPE ampliado"**.



63. Un “**Kit PPE básico**” estará compuesto por los siguientes antirretrovirales:

TABLA #3. CANTIDAD DE MEDICAMENTOS ARV CONTENIDOS EN UN “KIT PPE BÁSICO”.	
Medicamentos	Contenido en el Kit
• Tenofovir + Emtricitabina 300 + 200 mg. tableta	- <b>3 tabletas</b>
• Dolutegravir sódico 50 mg. tableta	- <b>3 tabletas</b>
• Raltegravir potásico 400 mg. tableta	- <b>6 tabletas</b>

64. Un “**Kit PPE ampliado**” estará compuesto por los siguientes antirretrovirales:

TABLA #4. CANTIDAD DE MEDICAMENTOS ARV CONTENIDOS EN UN “KIT PPE AMPLIADO”.	
Medicamento	Contenido en el Kit
Tenofovir + Emtricitabina 300 + 200 mg. tableta	- <b>15 tabletas</b>
Dolutegravir sódico 50 mg. tableta	- <b>15 tabletas</b>
Raltegravir potásico 400 mg. tableta	- <b>30 tabletas</b>

65. Las **farmacias que abastecen los servicios de emergencias de los Centros de Atención** del ISSS designados (ver anexo 3) a disponer de “**Kit PPE ampliado**” así como de **dos “Kit PPE básicos”**, para poder dispensarlos en casos de post-exposición al VIH por accidente laboral o violación sexual, serán de los siguientes establecimientos:

- **Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico;**
- **Hospital General;**
- **Hospital Amatepec;**
- **Policlínico Zacamil;**
- **Hospital Materno infantil 1° de Mayo;**
- **Hospital Regional Santa Ana;**
- **Hospital Regional Sonsonate;**
- **Hospital Regional San Miguel;**

\*Nota: Estos centros apoyarán a los establecimientos de menor complejidad designados a contar con “Kit básico”, cuando la situación lo amerite, por ejemplo, en período vacacional.

66. Si un centro de atención no tiene disponibilidad de medicamento de PPE o, no cuenta con la suficiente cantidad para cubrir el tiempo que transcurra antes de que el paciente sea atendido por Infectología, se debe referir al paciente al centro de atención “designado” más cercano que tenga disponibilidad de dichos medicamentos.
67. En caso de embarazo, no cambiar las pautas de tratamiento de PPE (en la atención en servicios de emergencia).
68. Posterior a la evaluación y decisión de manejo por el infectólogo, el paciente que sufrió el accidente será retornado al centro de atención que emitió la referencia o al centro de segundo o tercer nivel más cercano al domicilio o lugar de trabajo del paciente; para continuar con el **seguimiento del caso por parte del “encargado del Programa de VIH” del nivel local (según la Red)**. El médico **infectólogo deberá escribir** en la “Hoja de referencia y retorno”, además de los datos específicos, las indicaciones del **plan de manejo** a seguir.
69. A partir del evento, se dará incapacidad por tres (3) días calendario para tener una mejor respuesta al tratamiento. Considerar intolerancia a ARV para evaluar continuidad de incapacidad laboral o ingreso hospitalario.
70. El médico tratante y el infectólogo deben dar la **consejería** respectiva a los pacientes que sufrieron accidentes post exposición, sobre la importancia de tomar adecuadamente sus medicamentos y los efectos adversos que estos pueden ocasionar, así mismo serán responsables de su reporte a la instancia institucional encargada de Farmacovigilancia, si se presentaran.

#### IV. GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE PPE POR FARMACIA.

71. Todos los “Kit PPE” (básicos o ampliados) deberán ser resguardados y mantenidos en farmacia local del centro de atención designado, siendo obligatoria la existencia del número de “Kits” o cantidad de ARV asignados (anexo 2 y 3).
72. Los “Kit PPE” deben estar adecuadamente identificados como tal, incluyendo el dato de los nombres y la cantidad de antirretrovirales que lo componen, el número de lote y la fecha de vencimiento de los ARV contenidos en este.
73. El personal de **Farmacia** local deberá llevar un **registro del consumo de medicamentos ARV de los “Kit PPE”**; lo cual se reportará mensualmente al encargado de programa VIH local.
74. La Jefatura de Farmacia local, deberá designar un responsable para encargarse de la rotación de inventario y reposición de stock de ARV de los “Kit PPE” (**Ver anexo 6:**

“Lineamientos para Personal de Farmacia sobre el Almacenamiento y Dispensación de los Medicamentos ARV de los Kit PPE”).

75. La **Jefatura de Farmacia** de los centros designados, es responsable de **verificar**, periódicamente (al menos una vez al mes), **que se tenga en existencia el medicamento completo por cada “Kit”** (según lo asignado de acuerdo a anexo 2 y 3), **su fecha de vencimiento y el debido resguardo**; vigilando la observancia de la normativa referente a la caducidad del mismo para realizar la gestión pertinente (ver “Manual de Normas y Procedimientos de Farmacia”, año 2012).
76. El personal de farmacia local, en el momento de la dispensación de medicamentos, debe brindar la respectiva atención farmacéutica al paciente, sobre el uso adecuado de los medicamentos ARV.
77. El personal de farmacia de los centros designados, debe tener conocimiento y retroalimentación periódica sobre el contenido, los usos y el resguardo del “Kit PPE”, así como lo concerniente al rol de farmacia en esta normativa. La **Jefatura de farmacia** es responsable de verificar que el personal a su cargo conozca sus funciones, responsabilidades y ejecute adecuadamente esta normativa.

## V. MANEJO POST EXPOSICIÓN PARA VIRUS DE HEPATITIS B (VHB).

78. El médico tratante, en el área de emergencia, debe interrogar al trabajador que sufrió el accidente post exposición y al paciente fuente (al estar presente), si se ha aplicado el esquema completo de vacunación anti hepatitis B\* o si padece de hepatitis B.

\*Nota: **Todo personal de salud debe tener completo el esquema de vacunación contra hepatitis B**, a menos que presente una contraindicación para su aplicación. Las dosis de seguimiento, después de la primera aplicación, deben administrarse durante 1-2 meses y 4-6 meses posteriores.

79. Si el trabajador de salud que sufrió el accidente post exposición, no cuenta con el esquema completo de vacunación, se debe aplicar vacuna Anti Hepatitis B (según esquema vigente).
80. El médico tratante debe tomar la prueba “Antígeno de superficie de VHB” a todo trabajador que ha sufrido un accidente post exposición con riesgo y al paciente fuente (cuando sea posible).

81. El médico tratante debe esperar el resultado del Antígeno de superficie de VHB (HBsAg) del trabajador que sufrió el accidente y del paciente fuente (cuando sea posible), para evaluar el riesgo y manejo a seguir.
82. Si no se tiene aún el resultado de la prueba de VHB del paciente que sufrió la exposición a VIH, en el transcurso de su manejo médico en el área de emergencia, se establecerá control con exámenes en menos de 24 horas\*, ya sea con médico tratante de emergencia o con infectólogo.
- \*Nota: El médico tratante junto a personal de laboratorio local, pueden realizar las gestiones necesarias para visualizar y obtener el resultado de HBsAg a través del sistema en red de laboratorio, antes de obtener el resultado impreso que emite laboratorio de HMQ.
83. Para efectos de esta normativa, los centros de atención designados a tener "Kit PPE" (anexo 2 y 3), así como cabezas de red, deben tener siempre disponibilidad de vacuna contra VHB, para todo trabajador de salud que no cuente con esquema completo de dicha vacuna.

## VI. MANEJO POST EXPOSICIÓN PARA VIRUS DE HEPATITIS C (VHC).

84. En lo referente a exposición laboral accidental o por violación sexual, al virus de Hepatitis C; actualmente no existe ningún tipo de profilaxis efectiva científicamente demostrada para ser aplicada, sin embargo, **al existir un caso de exposición con riesgo, se debe referir al paciente a Infectología**, para su valoración.
85. El médico tratante, debe tomar la prueba de "anticuerpos de Hepatitis C" a todo trabajador que sufre un accidente post exposición con riesgo y al paciente fuente (cuando sea posible).
86. Si la determinación de la **prueba de anticuerpos de Hepatitis C fuese reactiva, se debe referir al paciente a Infectología**.

## VII. SEGUIMIENTO DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO.

87. El encargado del Programa VIH o quien delegue el director local de los establecimientos "designados" (anexo 2 y 3), debe implementar el mecanismo necesario para garantizar que el trabajador accidentado reciba la atención integral, de acuerdo con las normas respectivas, desde la notificación hasta cierre del caso, mediante el involucramiento de jefes de servicio, epidemiólogos locales y otros, según aplique.

88. El director de cada establecimiento de salud "designado" debe garantizar el seguimiento de los casos, gestionando para esto la participación de los siguientes recursos de acuerdo a sus funciones: médico epidemiólogo, infectólogo y encargado del programa VIH de la red local, entre otros (Ver anexo 4).
89. En cada consulta de seguimiento, el médico tratante dejará los exámenes de **serología para VIH, Hepatitis B y C, y Sífilis, a los 2, 6 y 12 meses del accidente, anotando los resultados en la hoja de "Registro de casos post-exposición al VIH, VHB y VHC"** (ver Anexo 1), hasta dar por cerrado el caso.
90. La frecuencia de las consultas de seguimiento será:
- El primer control será brindado por Infectólogo, preferentemente a las 72 horas después de la primera atención**, para evaluar el manejo inicial. Además, definirá el nivel de atención y la especialidad que brindará los controles subsecuentes, refiriendo de esta manera al paciente al centro de atención que se encuentre más próximo de su domicilio o lugar de trabajo, o puede ser el centro de atención en donde labora el paciente.
  - Los **controles subsecuentes** de estos casos se harán a los **2, 6 y 12 meses** para cierre del caso.
91. Si en cualquier fase del seguimiento hay **seroconversión para VIH, VHB o VHC, deberá referirse al paciente a consulta con Infectología.**
92. Si se confirma seroconversión para VIH, VHB o VHC, mediante las pruebas de laboratorio correspondientes; es obligatorio su **reporte a:**
- **Seroconversión a VIH:** se reporta a Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH (SUMEVE), al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) y al Sistema Estadístico en Salud (SES).
  - **Seroconversión a VHB:** se reporta a Vigilancia Epidemiológica en Salud, a través del formulario VIGEPES 01 y VIGEPES 04; así como al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE).
  - **Seroconversión a VHC:** se reporta a Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE).
93. El **cierre de caso** será responsabilidad del médico que dé el alta al paciente, reflejándolo en la hoja de "**Registro de casos post-exposición al VIH, VHB y VHC**" (ver anexo 1). Se debe llenar la respectiva **hoja FVIH – 05** (ver anexo 8), la cual debe ser enviada, en físico o electrónico, al digitador de cabeza de red, para su digitación en el SUMEVE.

Nota: sólo en aquellos casos en los que la persona fuente (paciente fuente) presentó prueba VIH reactiva, la responsabilidad del cierre de caso será del médico infectólogo.

94. La hoja de "Registro de caso post exposición ocupacional del ISSS" (anexo 1), en original y copia; una vez convertida en "caso cerrado", la copia será entregada al trabajador y el original quedará en el expediente del paciente. **Se notificará el cierre de caso al médico encargado del Programa VIH**, para que este, a su vez, **lo haga llegar a la Coordinación Institucional del Programa VIH**, en el Departamento de Vigilancia Sanitaria del ISSS.
95. El médico tratante o personal de enfermería, debe informar al trabajador que sufrió el accidente, que entregará la hoja de "caso cerrado" al director de su centro de trabajo o al gerente de la empresa en la que labora.

## VIII. CONSEJERÍA.

96. En todo caso de accidente laboral post exposición a VIH, VHB y VHC, así como en casos de violación sexual, el médico encargado de la atención y personal de enfermería, **deben brindar orientación y consejería relativa a la prevención y manejo de estas infecciones**, dejando constancia de ello en el expediente clínico y en la hoja de reporte de consejería para VIH.
97. Se deberá **informar** y orientar a todo paciente que inicie tratamiento farmacológico post exposición al VIH, VHB y VHC sobre los beneficios y posibilidades de reducción de riesgo de transmisión, los posibles efectos adversos de los medicamentos, **la importancia de la adherencia al tratamiento y asistencia a sus controles**, hasta el cierre de caso.
98. La consejería a brindar por médico tratante y personal de enfermería, debe contener las siguientes temáticas, como mínimo:
- La importancia de cumplir con las **medidas de bioseguridad** para evitar una futura exposición a riesgos de accidentes de esta naturaleza;
  - Enfatizar sobre la importancia de contar con el **esquema completo de vacunación contra Hepatitis B**.
  - Orientar sobre el **uso correcto y consistente del condón** en las prácticas sexuales, durante todo el período del seguimiento del paciente.
  - A las pacientes que corresponda, indicar **suspender la lactancia materna** al iniciar la PPE.
  - Abstenerse de donar sangre** durante el período de vigilancia del caso.
99. Se deberá proporcionar el apoyo necesario y la referencia a psicología, de acuerdo a cada caso individual, debiendo asegurar la privacidad y confidencialidad del paciente.

## IX. EXPOSICIÓN AL VIH POR VIOLACIÓN SEXUAL.

Es necesario establecer las normas y procedimientos institucionales que servirán de guía al personal de salud para brindar una atención oportuna a las víctimas de violación sexual, en relación a la profilaxis post exposición al VIH y manejo de post exposición a VHB y VHC.

La violación sexual se encuentra definida en el "Código Penal" de El Salvador, en el artículo 158, como "delito que atenta contra la libertad sexual y que consiste en el acceso carnal por vía vaginal o anal con otra persona por medio de violencia"<sup>2</sup>. De igual manera, se incluye la vía oral, para efectos de la exposición al VIH.

Los servicios de emergencia y maternidad son parte fundamental en la atención de pacientes que sufren violación sexual, por lo que deben estar preparados para brindar una atención inmediata por los daños físicos y psicológicos que implica, así como para minimizar secuelas.

## X. CONSIDERACIONES GENERALES.

100. Todo paciente que se presente a un centro de atención por un caso de violación sexual, debe ser considerado una "**Emergencia médica**", por lo que **se debe referir** a los hospitales de referencia nacional que cuentan con servicio de maternidad, utilizando la "**Hoja de Referencia y Retorno**", debiendo registrar las atenciones de salud brindadas en el expediente clínico del paciente y en el censo médico. Así mismo, se debe brindar los primeros auxilios, apoyo emocional y acompañamiento, de ser necesario, al referir al paciente.
101. La atención médica de pacientes víctimas de violación sexual debe ser realizada por el **médico de mayor jerarquía o personal capacitado en atención a víctimas de violencia sexual**.
102. En los casos en los que exista un peligro inminente de muerte, no se debe retrasar el examen físico y la atención de las lesiones, en espera de la toma de evidencia que realiza medicina legal.
103. El personal de salud responsable de brindar la atención, deberá tratar con respeto, dignidad, igualdad y confidencialidad, al paciente y a sus acompañantes.
104. En los Centros en los que se brinde atención a un paciente, quien se presume haya sido víctima de una agresión o violación sexual; el responsable de la atención **informará al Jefe**

<sup>2</sup> Código Penal de El Salvador. Marzo de 1973. Art. 158.- El que mediante violencia tuviere acceso carnal por vía vaginal o anal con otra persona, será sancionado con prisión de seis a diez años.

**del Servicio, quien deberá dar aviso a la Policía Nacional Civil o a la Fiscalía General de la República**, en cumplimiento a la “Ley Contra la Violencia Intrafamiliar”. Así mismo, para el caso de **menores de edad**, se debe **dar aviso al “Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia”**. Dicho responsable se identificará y documentará el procedimiento, siempre que sea posible.

105. Todas las atenciones brindadas, deben ser **registradas en el expediente clínico** de forma clara y congruente, teniendo en cuenta que puede ser solicitado como prueba en un proceso judicial.
106. La Profilaxis Post Exposición debe ser administrada lo más rápido posible, **dentro de las primeras setenta y dos horas (72 horas)** después de ocurrida la violación sexual. El inicio de este tratamiento no debe retrasarse, independientemente si quien sufrió la violación realiza o no la denuncia legal.
107. La decisión de iniciar la PPE debe ser comunicada de forma clara y sencilla a la persona expuesta, solicitando el consentimiento del paciente o su responsable, lo que se hará constar a través de la firma o huella dactilar en el expediente.

## **XI. ABORDAJE DEL RIESGO POR VIOLACIÓN SEXUAL.**

108. Se debe realizar una evaluación médica completa de la persona que sufrió la violación sexual, con el objetivo de identificar la magnitud de lesiones que puedan poner en riesgo la vida del paciente y que requieran intervención de urgencia, así mismo, para determinar el riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual como VIH, VHB, VHC y Sífilis.
109. El personal médico que atienda a una persona por violación sexual deberá realizar acciones que comprenden:
  - a. Profilaxis post exposición a VIH, manejo post exposición a VHB, VHC y Sífilis.
  - b. Prevención de otras infecciones de transmisión sexual (gonorrea, clamidia, tricomoniasis, vaginosis bacteriana).
  - c. Prevención de embarazo, independientemente de su fecha de última regla; si no está utilizando un método de anticoncepción.
  - d. Atención de las lesiones producto de la violación sexual que pongan en riesgo la vida de la persona.
  - e. Atención psicológica o psiquiátrica.
  - f. Manejo del estado general.
  - g. **TODO paciente que sufrió una violación sexual, debe ser referido para seguimiento en consulta externa por médico Infectólogo.**



➤ **Evaluación del riesgo por exposición a VIH, VHB y VHC por violación sexual.**

**A) Magnitud del Riesgo.**

110. El Médico responsable de la atención evaluará el riesgo de exposición al VIH, VHB, VHC y Sífilis, tomando en cuenta el número de personas agresoras, la vía de penetración, la integridad de las mucosas, la exposición a fluidos corporales como semen y sangre; que tiene la persona expuesta a la violación sexual, tomando en cuenta si ha ocurrido penetración, contacto directo con el semen o sangre en: vagina, ano y/o boca; de igual forma una ruptura de la piel o de las membranas mucosas.
111. Toda víctima de violencia sexual con algún tipo de penetración, se considera como de riesgo para infección por VIH, VHB, VHC y Sífilis; por lo que se le debe **administrar vacuna contra Hepatitis B** (si el/la paciente no padece ya hepatitis B o no ha sido vacunado/a), **tratamiento para Sífilis, PEP para VIH** y, en caso de heridas o desgarros, **valorar la aplicación de inmunoglobulina y vacuna antitetánica.**
112. Las pautas de **manejo farmacológico con antirretrovirales** recomendadas son las mismas que se describen para la **Profilaxis Post Exposición Ocupacional con riesgo (ver Sección “III. Profilaxis Post Exposición a VIH con Terapia Antirretroviral” y tabla #2 de este documento).**
113. El médico tratante deberá tener en cuenta que la ausencia de trauma visible no indica que la violación sexual no ocurrió, lo que no descarta el uso de Profilaxis Post-Exposición (PPE).
114. A toda persona que fue víctima de una violación sexual, se le debe **tomar prueba rápida para VIH y serología para VHB y VHC** (con la debida justificación al reverso de la boleta de exámenes), **prueba para investigar Sífilis**, así como prueba de embarazo, en los casos que presenten amenorrea (según aplique).
115. En el caso que el **agresor sea identificado o conocido**, se le deberá **tomar la muestra serológica para VIH (prueba rápida), VHB, VHC y Sífilis.** Si la condición serológica del agresor ante el VIH es “no reactiva”, el médico Infectólogo deberá evaluar la continuación de la PPE.

**B) Evaluación del Riesgo de Embarazo por Violación Sexual.**

116. Al evaluar el riesgo de embarazo en toda paciente víctima de violación sexual, se indicará la **prueba de embarazo en mujeres en edad fértil** (según aplique).

117. Se debe **indicar terapia de anticoncepción de emergencia** en los casos en que suceda una penetración vaginal por medio de violencia en toda mujer en edad fértil, sin anticoncepción permanente o temporal, independientemente de su ciclo menstrual.
118. Se deberá cumplir con lo establecido para el control de infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales, así como brindar una atención integral a víctimas de violación sexual. En caso de **menores de edad**, se debe abocar a lo establecido en la **“Ley de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia” (LEPINA)**.

## XII. PROCEDIMIENTOS PARA EL ABORDAJE DE VIOLACIÓN SEXUAL Y PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL VIH.

119. El médico tratante debe identificarse y explicar a la víctima que **se hará acompañar por otro profesional de salud** (Médico o Enfermera) al momento de realizarse la exploración física; **si el paciente lo desea, podrá ser acompañado por un familiar**, asegurándole que la atención será realizada con la debida confidencialidad.
120. Cuando se trate de pacientes menores de edad, **en todo momento de su atención debe ser acompañado por un familiar o responsable del menor**. En caso de presentarse sin acompañante responsable, el médico que brinde la atención deberá hacerse acompañar de una enfermera como testigo de la atención.
121. El médico tratante durante el **abordaje de pacientes por violación sexual** debe:
- Brindar consejería, tomando en consideración el estado emocional de la persona afectada por violación sexual y su capacidad de comprensión en ese momento, describiéndole los servicios que pueden administrarse, si los acepta.
  - Realizar un abordaje interdisciplinario o bien derivar a los servicios de psicología y servicio social, luego de la asistencia.
  - Realizar exámenes basales, tomando una muestra para la detección de anticuerpos contra el VIH, serologías para VHB, VHC y sífilis, prueba de embarazo (si aplica), directo y cultivo de secreción vaginal, frotis cérvico-vaginal, pruebas de función hepática y renal y hemograma completo. La respuesta de estos exámenes no es razón para retrasar el inicio de la PPE.
  - Cuando las lesiones amenacen la vida del paciente, se debe proceder al manejo médico necesario hasta estabilizarlo.
  - Considerar ingreso hospitalario o referencia a otro centro de atención, según el estado físico y emocional del paciente.
  - Llenar completa y adecuadamente el formato para **“Registro de casos post exposición al VIH, VHB y VHC”** (anexo 1), indicando claramente que es por violación sexual.

- g. La **PPE se indicará** en total **por veintiocho (28) días continuos**, siendo el mismo esquema utilizado en la profilaxis post exposición al VIH por accidente laboral con riesgo (Tabla 2):

**TABLA # 2. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN CON ANTIRRETROVIRALES EN PACIENTES CON RIESGO POR ACCIDENTE LABORAL O VIOLACIÓN SEXUAL.**

	MEDICAMENTOS ARV	DÓSIS	TABLETAS A DISPENSAR POR RECETA EN EMERGENCIA*
<b>PPE PRIMERA LÍNEA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Tenofovir diproxil fumarato</u> (TDF) 300 mg. +</li> <li>• <u>Emtricitabina</u> (FTC) 200 mg. (código 8250219) +</li> </ul>	- 1 tableta vía oral cada día	- 3 tabletas mínimo, máximo 28 tabletas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dolutegravir sódico</u> (DTG) 50 mg. (código 8410014)</li> </ul> <p style="text-align: center;">o,</p>	- 1 tableta vía oral cada día	- 3 tabletas mínimo, máximo 28 tabletas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Raltegravir</u> potásico (RAL) 400 mg.** (código 8250223)</li> </ul> <p>** Para mujeres embarazadas, en edad fértil que intentan embarazo o con sospecha de embarazo.</p>	- 1 tableta vía oral cada 12 horas	- 6 tabletas mínimo, máximo 56 tabletas
<b>PPE ALTERNATIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Tenofovir diproxil fumarato</u>(TDF) 300 mg. +</li> <li>• <u>Emtricitabina</u> (FTC) 200mg. (Código 8250219) +</li> </ul>	- 1 tableta vía oral cada día	- 3 tabletas mínimo, máximo 28 tabletas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Lopinavir</u> (LPV) 200 mg. +</li> <li>• <u>Ritonavir</u> (RTV) 50 mg. (Código 8250216) Tableta recubierta</li> </ul>	- 2 tabletas vía oral cada 12 horas	- 12 tabletas mínimo, máximo 112 tabletas
* La cantidad a dispensar dependerá de la cantidad de ARV para PPE autorizados a entregar por farmacia de determinado centro de atención, según anexo #2 y #3.			

Fuente: Updated Guidelines for Antiretroviral Post Exposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Non-Occupational Exposure to HIV—United States, 2016 from the Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services.

122. Se deberá **dar seguimiento** a toda persona que inicie terapia antiretroviral, en consulta externa **por médico Infectólogo, a las 72 horas, a los 2, 6 y 12 meses**, hasta cierre del caso.
123. El **tiempo de incapacidad** que se le dará a la persona que sufrió una violación sexual, dependerá del **criterio médico**, según la magnitud de las lesiones y/o el estado emocional del paciente.
124. El **cierre de caso será responsabilidad del infectólogo**, reflejándolo en la hoja de “**Registro de casos post-exposición al VIH, VHB y VHC**” (ver anexo 1). Así mismo, se debe llenar la respectiva **hoja FVIH – 05** (ver anexo 8), la cual debe ser enviada, en físico o electrónico, al digitador de cabeza de red, para su digitación en el SUMEVE.
125. En cuanto a las gestiones de farmacia para el movimiento y dispensación de los medicamentos de los “Kit PPE” para casos de violación sexual, se realizará lo que ya se describió en el apartado No. IV “Gestión de Medicamentos de PPE por Farmacia”.

### XIII. INDICADORES.

126. La fuente de datos que se utilizará para alimentar los indicadores (anexo 7) será el **Sistema Estadístico de Salud (SES), Sistema de Información en Vigilancia Epidemiológica (SIVE), Vigilancia Epidemiológica en Salud (VIGEPES 04\_5) y el Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica (SUMEVE)**, debiéndose realizar su cálculo y análisis semestral por parte del **Encargado de Programa VIH**, con su respectivo plan de acción para minimizar los riesgos y problemas encontrados. Dicho informe **se enviará vía virtual, cada 6 meses, al Programa de VIH-TB ISSS del Departamento de Vigilancia Sanitaria.**
- a. **INDICADOR #1.** Número de personas con exposición laboral a fluidos corporales.
- b. **INDICADOR #2.** Número de personas que sufrieron un evento\* con riesgo de infección por VIH, VHB, VHC.  
\*Para efectos de esta normativa, en el presente apartado de “Indicadores”, la palabra “evento” se referirá a accidente laboral o violación sexual.
- c. **INDICADOR #3.** Número de personas con accidente laboral con riesgo de infección por VIH, VHB, VHC.
- d. **INDICADOR #4.** Número de personas con riesgo de infección por VIH, VHB, VHC por violación sexual.
- e. **INDICADOR #5.** Número de personas, empleados del ISSS, que sufrieron un evento con riesgo de infección por VIH, VHB, VHC.

- f. **INDICADOR #6.** Número de personas que iniciaron PPE por haber sufrido un accidente laboral con riesgo de infección por VIH, VHB, VHC.
- g. **INDICADOR #7.** Número de personas que iniciaron PPE por exposición a infección por VIH, VHB, VHC por violación sexual.
- h. **INDICADOR #8.** Porcentaje de pacientes con PPE por exposición ocupacional que completaron tratamiento.

Número de casos con PPE por accidente laboral con exposición a VIH que completó su régimen de medicamentos ARV \_\_\_\_\_ X 100  
 Total de casos que iniciaron PPE por accidente laboral con exposición a VIH

- i. **INDICADOR #9.** Porcentaje de pacientes con PPE por violencia sexual que completaron tratamiento.

Número de casos con PPE por violación sexual que completó su régimen de medicamentos ARV \_\_\_\_\_ X 100  
 Número de casos que iniciaron PPE por violación sexual

- j. **INDICADOR #10.** Porcentaje de personas que cumplen el plan de seguimiento con PPE ocupacional:

➤ **A las 72 horas:**

Número de personas que asistieron a su control a las 72 horas según el Plan de Seguimiento de PPE ocupacional \_\_\_\_\_ X 100  
 Número de personas que iniciaron PPE ocupacional

➤ **A los 2 meses:**

Número de personas que asistieron a su control a los 2 meses según el Plan de Seguimiento de PPE ocupacional \_\_\_\_\_ X 100  
 Número de personas que iniciaron PPE ocupacional

➤ **A los 6 meses:**

Número de personas que asistieron a su control a los 6 meses según el Plan de Seguimiento de PPE ocupacional \_\_\_\_\_ X 100  
 Número de personas que iniciaron PPE ocupacional

➤ **A los 12 meses:**

Número de personas que asistieron a su control a los 12 meses según el Plan de Seguimiento de PPE ocupacional \_\_\_\_\_ X 100  
 Número de personas que iniciaron PPE ocupacional

k. **INDICADOR #11.** Porcentaje de personas que cumplen el plan de seguimiento con PPE por violación sexual:

➤ **A las 72 horas:**

$$\frac{\text{Número de personas que asistieron a su control a las 72 horas según el Plan de Seguimiento de PPE por violación sexual}}{\text{Número de personas que inician PPE por violación sexual}} \times 100$$

➤ **A los 2 meses:**

$$\frac{\text{Número de personas que asistieron a su control a los 2 meses según el Plan de Seguimiento de PPE por violación sexual}}{\text{Número de personas que inician PPE por violación sexual}} \times 100$$

➤ **A los 6 meses:**

$$\frac{\text{Número de personas que asistieron a su control a los 6 meses según el Plan de Seguimiento de PPE por violación sexual}}{\text{Número de personas que inician PPE por violación sexual}} \times 100$$

➤ **A los 12 meses:**

$$\frac{\text{Número de personas que asistieron a su control a los 12 meses según el Plan de Seguimiento de PPE por violación sexual}}{\text{Número de personas que inician PPE por violación sexual}} \times 100$$

l. **INDICADOR #12.** Porcentaje de seroconversiones por exposición ocupacional:

$$\frac{\text{Número de personas con PPE ocupacional que presentaron seroconversión hasta en un período de 12 meses}}{\text{Número de personas que iniciaron PPE por exposición ocupacional}} \times 100$$

m. **INDICADOR #13.** Porcentaje de seroconversiones por violación sexual:

$$\frac{\text{Número de personas con PPE por violación sexual que presentaron seroconversión hasta en un período de 12 meses}}{\text{Número de personas que iniciaron PPE por violación sexual}} \times 100$$

#### **XIV. DISPOSICIONES GENERALES.**

Las disposiciones no contempladas en la presente norma serán consideradas por la Subdirección de Salud a través de la Sección Regulación Técnica en Salud.

La revisión de la presente norma y procedimientos se realizará cada 5 años, a solicitud de los directores de los hospitales, administradores, jefaturas y personal de competencia, las veces que se considere necesario.

#### **XV. OBSERVANCIA DE LA NORMA.**

La vigilancia del cumplimiento de la presente normativa corresponde a los directores de los centros de atención, jefaturas de servicios clínicos médicos, jefaturas de enfermería, jefaturas de laboratorio clínico, jefaturas de farmacia, trabajo social, en el ámbito de sus competencias.


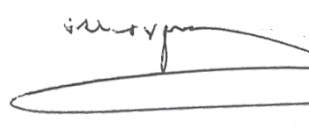
#### **XVI. INFRACCIONES Y SANCIONES.**

Las infracciones y sanciones al incumplimiento de la presente norma y procedimientos, en el ámbito de su competencia, está tipificado en normativas legales vigentes.

#### **XVII. VIGENCIA DE LA NORMA.**

La presente normativa entra en vigencia a partir de la fecha de publicación del documento oficialmente aprobado por las autoridades institucionales y sustituye a la versión precedente del mismo, con nombre "Guía de Manejo para el Sistema de Información de la Profilaxis Post Exposición al VIH (SIPPE) en el ISSS", mayo 2006.

XVIII. OFICIALIZACIÓN.



**Dr. José Guillermo Vaquerano Aguilar**  
Jefe Sección Regulación Técnica en Salud.



**Dr. David Jonathan Hernández Somoza**  
Jefe Departamento Planificación Estratégica en Salud.



**Dr. José Adán Martínez Alvarenga**  
Jefe Departamento Vigilancia Sanitaria.



**Dra. Ana Guadalupe Argueta Barahona**  
Jefa de División Políticas y Estrategias de Salud.



**Dr. Andrés Alberto Zimmerman Mejía**  
Subdirector de Salud.



## XIX. GLOSARIO.

**ACCIDENTE POST EXPOSICIÓN OCUPACIONAL:** Es el contacto no deseado ni esperado que se produce en trabajadores de la salud, con un fluido potencialmente infectante, por vía parenteral, ya sea a través de una lesión percutánea por piel no intacta o por membranas mucosas.

**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 la disposición de la persona para empezar el tratamiento.

**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.

**MATERIAL CORTOPUNZANTE:** Se denomina así a las agujas, cánulas, catéteres, hojas de bisturí, ampollas de vidrio rotas, punzones de biopsia o a cualquier insumo o herramienta que pudiese producir una herida por corte o punción.

**PERSONA O PACIENTE FUENTE:** Persona desde la cual un agente infeccioso puede transmitirse a la persona expuesta.

**PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN (PPE):** consiste en la administración de un régimen de tratamiento de corta duración, inmediatamente después de un posible contacto con el VIH, para evitar la transmisión de la infección. Este tratamiento que suele consistir en una terapia triple, dura 28 días. La PPE puede ser ocupacional (la que se pueda dar en actividades laborales, como por ejemplo en el personal de salud) o no ocupacional (la que se da en el contexto de un acto sexual o del uso de drogas).

**SEROCONVERSIÓN:** Demostración de la presencia de anticuerpos específicos para un antígeno concreto en el suero de un individuo, previamente negativo para dicha especificidad antigénica.

## XX. BIBLIOGRAFIA.

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). VIH/SIDA, datos y Cifras. 18 de julio 2018. Revisado el 15/08/2018. Enlace: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
2. Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH). Prevención de Lesiones por Pinchazos (piquetes de aguja) en Entornos Clínicos. DHHS (NIOSH) publicación N° 2000-108. [https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2000-108\\_sp/default.html](https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2000-108_sp/default.html).
3. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). VIH/SIDA, Estadísticas Básicas. [internet: 11-julio-2017]. <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/statistics.html>.
4. Constitución de la Republica de El Salvador, 1983. [Internet: 10/07/2017] [www.constitution.org/cons/elsalvad.htm](http://www.constitution.org/cons/elsalvad.htm).
5. Ley del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. 15 de agosto de 1994.
6. Ley Contra la Violencia Intrafamiliar, D.L. N°. 902, del 28 de noviembre de 1996, publicado en el D.O. N°. 241, Tomo 333, del 20 de diciembre de 1996.
7. Código Penal El Salvador. Asamblea Legislativa de El Salvador. Abril de 1997.
8. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Norma General de Laboratorio Clínico del ISSS. Mayo 2017.
9. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Norma de Vigilancia Epidemiológica. Octubre 2006.
10. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Documento de Consenso sobre Profilaxis Post Exposición Ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Gobierno de España. [www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/.../sida/.../guia\\_actuacion\\_profilaxis.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/.../sida/.../guia_actuacion_profilaxis.pdf).
11. Guía de Profilaxis Post Exposición ocupacional y no ocupacional al VIH. [http://www.pasca.org/userfiles/NI\\_Guía\\_Clínica\\_PPE\\_Ago2013](http://www.pasca.org/userfiles/NI_Guía_Clínica_PPE_Ago2013).
12. World Health Organization. Guía de Atención VIH - SIDA - . [www.who.int/hiv/pub/guidelines/colombia\\_art.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/colombia_art.pdf).
13. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Recomendaciones Básicas: Profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional al VIH, Virus de la hepatitis B y C, y

normas de bioseguridad. Programa Nacional de Control de VIH/ITS (PRONASIDA). 4 ed. Asunción: OPS, 2013. - 60 p.

14. Ministerio de Salud Argentina. Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales. Instructivo para Equipos de Salud. Agosto de 2011. [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000691cnt-protocolo\\_vvs.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000691cnt-protocolo_vvs.pdf).
15. Ministerio de Protección Social. Colombia. Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Instructivo para Equipos de Salud. Enero de 2011. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20A%20V%C3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>.
16. Consejo de Salubridad General de México. Guía Práctica Clínica Detección y Atención de la Violencia de Pareja y de la Violencia Sexual en el primer y segundo niveles de atención. Año 2010. [http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PrevAtnViol/Guia\\_de\\_referencia\\_rapida\\_atencion\\_violencia.pdf](http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PrevAtnViol/Guia_de_referencia_rapida_atencion_violencia.pdf).
17. Tolle MA, Schwarzwald HL. Post Exposure Prophylaxis Against Human Immunodeficiency Virus. *Am Fam Physician*. 2010 Jul 15; 82(2):161-6.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Post Exposure Prophylaxis. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. June 2001. 2013 Sep; 34(9):875-92. doi: 10.1086/672271.
19. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual 2006-2015. OMS 2007. [Internet] [consultada el 30 de junio de 2014]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473_spa.pdf).
20. Cruz-Palacios C, Ramos-Alamillo U, González-Rodríguez A. Guía de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de ITS. Dirigida a personal de servicios de Salud. Fundación Mexicana para la Salud, A.C. México: 2011. [Internet] [consultada el 18 de agosto de 2014]. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/guia\\_its.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/guia_its.pdf).
21. Montufar F., Villa J., Madrid C. Et al. Y Grupo de Investigación GIERI. Infección por VIH Posterior a Exposición Ocupacional de Riesgo Biológico en Trabajadores de la Salud. *Infection*. 2015; 19(1):31-34.
22. Arash Mohebbati, John Mihran Davis, and Donald E. Fry. Current Risks of Occupational Blood-Borne Viral Infection. *Surgical Infections* Volume 11, Number 3, 2010.

23. Myron S. Cohen, M.D., George M. Shaw, M.D., Ph.D., Andrew J. McMichael, M.B., Et al. Acute HIV-1 Infection. *New England Journal of Medicine* 2011; 364:1943-54.
24. SPNS, GeSIDA, SEMST. Documento de Consenso sobre Profilaxis Post exposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. DOI: 10.1016/j.eimc.2015.08.005. Marzo 2015. <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-documento-consenso-sobre-profilaxis-postexposicion-S0213005X15003134>.
25. David T. Kuhar, MD; David K. Henderson, MD; Kimberly A. Struble, PharmD; Et al., Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Post Exposure Prophylaxis. US Public Health Service Working Group. September 2013, vol. 34, no. 9.
26. Ippolito G, Puro V, De Carli G; Italian Study Group on Occupational Risk of HIV infection. The Risk of Occupational Human Immunodeficiency Virus Infection in Health Care Workers: Italian multicenter study. *Arch Intern Med* 1993; 153(12):1451– 1458.
27. Centers for Disease Control and Prevention. Updated Guidelines for Antiretroviral Post Exposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Non-Occupational Exposure to HIV. United States Department of Health and Human Services 2016.
28. DHHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). 2017. <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>.
29. Workowski KA, Bolan G. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *MMWR Recomm Rep*. Vol 64. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2015: available at <http://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>. Accessed October 6, 2015.
30. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. Revisado 28 de enero de 2019. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/seroconversion>.

## XXI. ANEXOS

### ANEXO # 1



#### INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD REGISTRO DE CASOS POST EXPOSICIÓN AL VIH, VHB Y VHC

EXPOSICIÓN OCUPACIONAL

VIOLACIÓN SEXUAL

#### A. DATOS DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

N° de afiliación: \_\_\_\_\_ N° de DUI: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ocupación/Cargo: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Área en que se accidentó: \_\_\_\_\_ Fecha y hora del accidente: \_\_\_\_\_

Región anatómica afectada: \_\_\_\_\_ Tipo de lesión: \_\_\_\_\_

Actividad que realizaba cuando ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

Medidas inmediatas realizadas: \_\_\_\_\_

Hay conductas de riesgo para HB/VIH del paciente: Si  No

Riesgo: SIN  CON  El trabajador de salud usaba el equipo de Bioseguridad: Si  No

Utilizó técnicas adecuadas en el manejo de punzocortantes: Si  No  No aplica

Accidentes post exposición previos: Si  No  Si responde "SI": Fecha: \_\_\_\_\_ Recibió PPE: Si  No

Antecedentes de violación sexual: Si  No  Si responde "SI": Fecha: \_\_\_\_\_ Recibió PPE: Si  No

Está vacunado contra "Hepatitis B": Si  No  N° de dosis \_\_\_\_\_

Tratamiento instaurado: \_\_\_\_\_

Medidas de seguimiento: \_\_\_\_\_

Nombre, firma y sello de Médico Tratante: \_\_\_\_\_

#### B. CONTROL 72 HORAS

Fecha y hora de toma de las muestras serológicas básicas del evento clínico: \_\_\_\_\_

Resultados: VIH: \_\_\_\_\_ VHB: \_\_\_\_\_ VHC: \_\_\_\_\_

Manifestaciones clínicas: \_\_\_\_\_

Nombre, firma y sello de Médico responsable: \_\_\_\_\_

#### C. SEGUIMIENTO

Resultado de Serologías posteriores:

2 meses: VIH: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ VHB: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ VHC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

6 meses: VIH: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ VHB: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ VHC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

12 meses: VIH: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ VHB: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ VHC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de cierre de caso: \_\_\_\_\_

Nombre, firma y sello de Médico responsable: \_\_\_\_\_

#### D. DATOS DEL PACIENTE FUENTE (si aplica)

Nombre: \_\_\_\_\_ N° de afiliación: \_\_\_\_\_

N° DUI: \_\_\_\_\_ Resultados del Laboratorio: VIH: \_\_\_\_\_ VHB: \_\_\_\_\_ VHC: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Form. 1C0A03-006-03-19

**ANEXO # 2**



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**  
**SUBDIRECCIÓN DE SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA SANITARIA**  
**DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD**  
**SECCIÓN DE REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD**

**Centros de Atención del ISSS designados a contar con “Kit PPE básico” (3 días de PPE) para casos de Post-exposición al VIH, VHB y VHC por exposición ocupacional o violación sexual.**

#	Centro de Atención	Número “Kit PPE” básicos
1	Hospital Amatepec*	2
2	Unidad Médica San Jacinto	1
3	Unidad Médica Atlacatl	1
4	Unidad Médica Apopa	1
5	Unidad Médica Santa Tecla	1
6	Unidad Médica Zacatecoluca	1
7	Unidad Médica La Unión	1
8	Unidad Médica Usulután	1

\* Número de “Kits” designados según cantidad de casos de accidentes ocupacionales post exposición a VIH, reportados en el Sistema Estadístico de Salud (SES) año 2017.

### ANEXO # 3



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
SUBDIRECCIÓN DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA SANITARIA  
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD  
SECCIÓN DE REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD

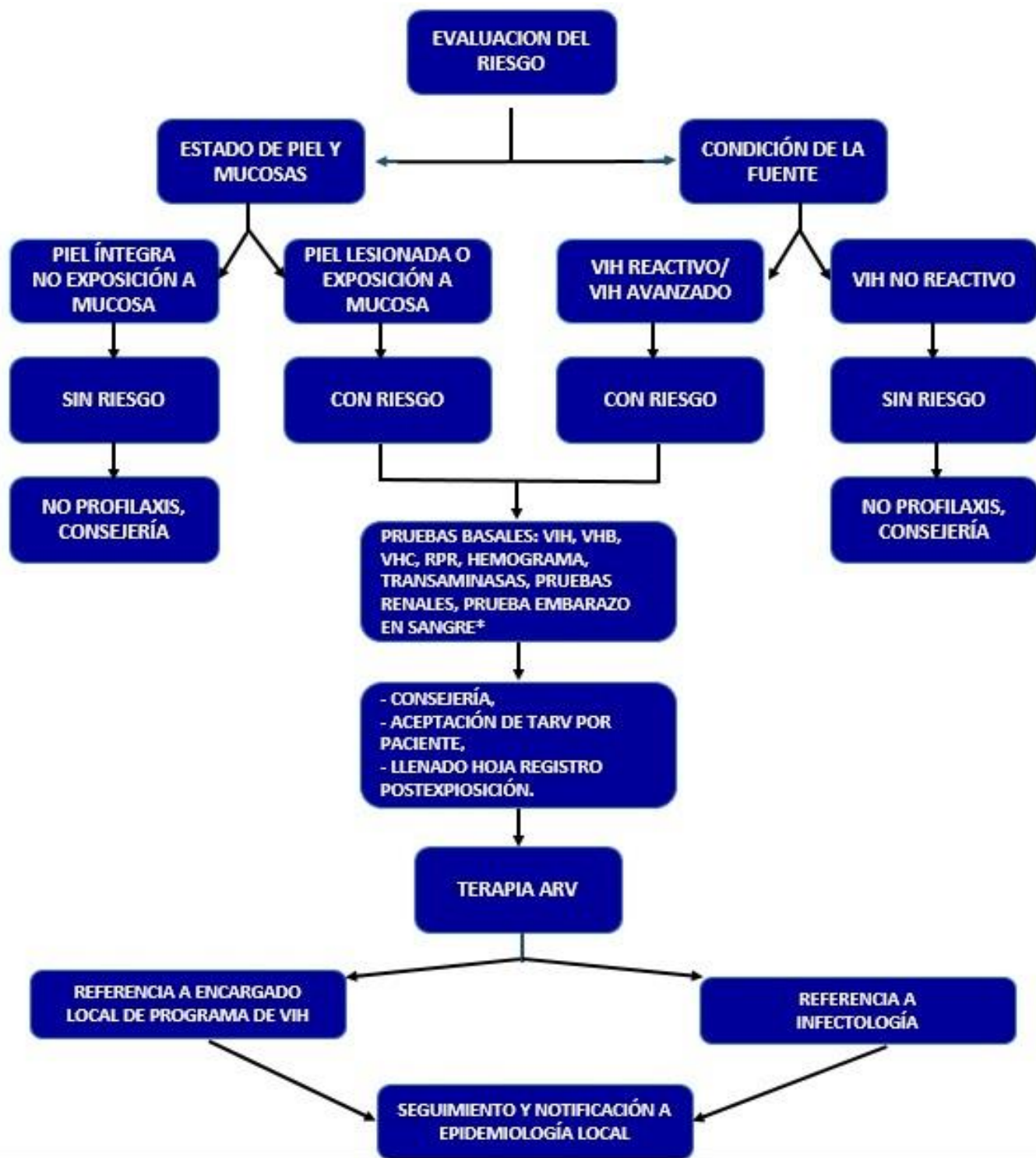
**Centros de Atención del ISSS designados a contar con “Kit PPE ampliado” (15 días de PPE) y “Kit PPE básico” (3 días de PPE) para casos de Post-exposición al VIH, VHB y VHC por accidente laboral o violación sexual.**

#	Centro de Atención*	Número de “Kits PPE”
1	Hospital General	1 kit PPE ampliado (para 15 días de ARV) y 2 kit PPE básicos (para 3 días de ARV) por cada centro de atención
2	Hospital 1º de Mayo	
3	Hospital Médico Quirúrgico y Oncología	
4	Hospital Policlínico Zacamil	
5	Hospital Regional de Santa Ana	
6	Hospital de Sonsonate	
7	Hospital Regional de San Miguel	

\* El horario de atención en Emergencias de estos Centros de Atención, es de 24 horas. Dato otorgado por jefaturas de farmacia de cada Centro de Atención, año 2018.

## ANEXO # 4

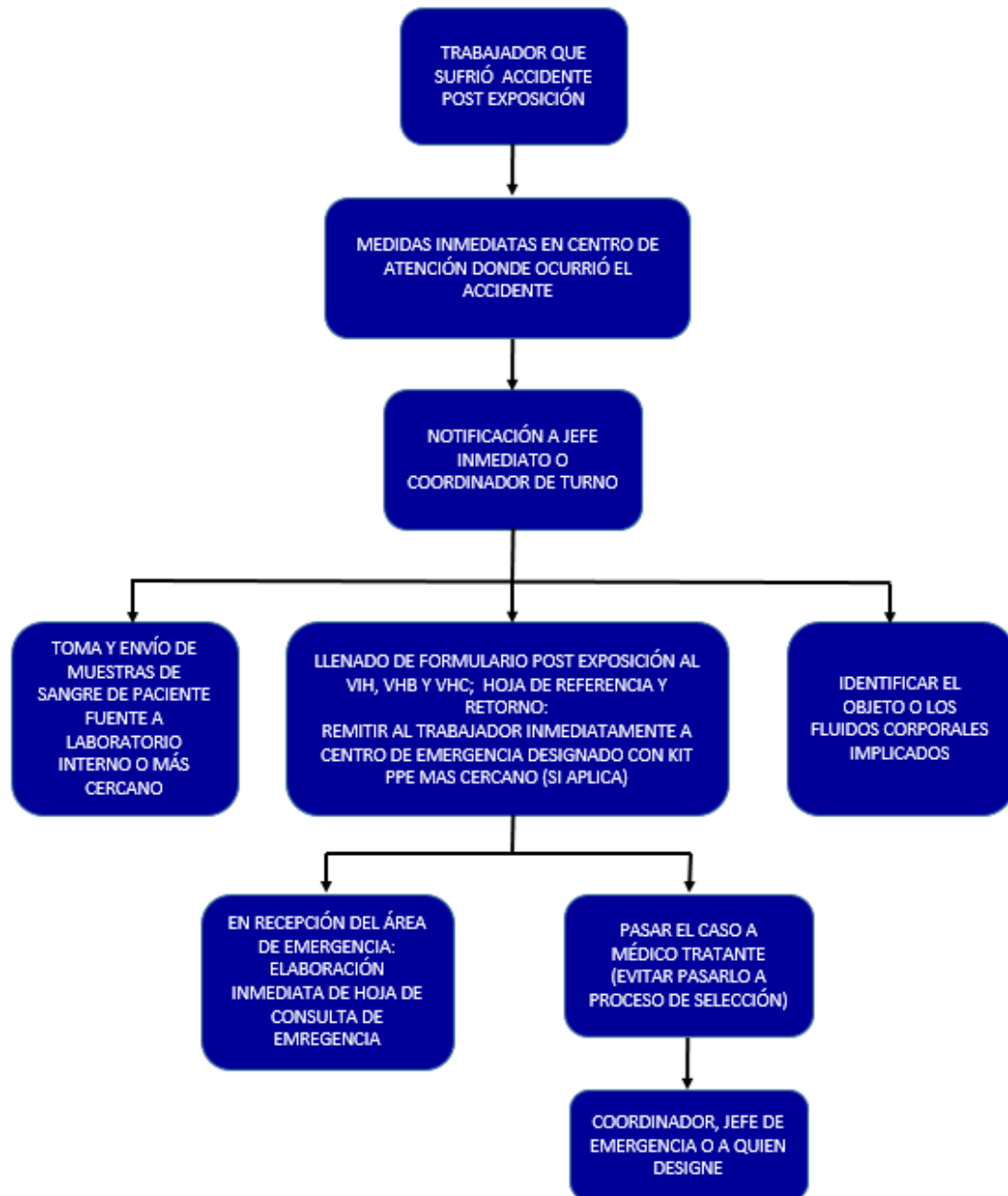
Flujograma #1: Evaluación del riesgo y secuencia de actividades de manejo según el proceso de atención de los accidentes laborales post exposición al VIH, VHB y VHC en los establecimientos de salud del ISSS.





## ANEXO # 5

Flujograma #2: Secuencia de actividades inmediatas a realizar con el trabajador que sufre un accidente laboral **con riesgo** post exposición al VIH, VHB y VHC, desde el centro de atención del ISSS en donde ocurrió el evento o que recibe al paciente accidentado.



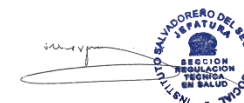
## ANEXO # 6. LINEAMIENTOS PARA PERSONAL DE FARMACIA SOBRE EL ALMACENAMIENTO Y DISPENSACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ARV DE LOS "KIT PPE".

1. Los medicamentos ARV del "Kit PPE" de los centros "designados", deben ser resguardados en farmacia, siendo el personal de esta área el responsable de su almacenaje y dispensación.
2. De acuerdo a la incidencia de casos y de la frecuencia de consumo de medicamentos de PPE, farmacia local debe realizar la gestión correspondiente (solicitud a Farmacia UM Atlacatl, por transferencia), de tal forma de tener siempre disponible los "Kit PPE" o la cantidad de ARV designados por cada kit, de manera completa y con el medicamento vigente.
3. **Farmacia de Unidad Médica Atlacatl gestionará con Hospital Oncología (HMQ y Oncológico) el abastecimiento de los fármacos ARV que corresponden a los "Kit PPE" para ser distribuidos a los centros de atención "designados", previa solicitud de los mismos** y en dicha farmacia, se realizará el envasado de estos medicamentos para conformar los "kit PPE básicos" y "Kit PPE ampliados"; por poseer las condiciones adecuadas para tal acción.
4. Las transferencias de los "Kit PPE" a los centros de atención "designados", estará a cargo de la farmacia de Unidad Médica Atlacatl, enviando el medicamento requerido del Kit, lo más pronto posible, **en respuesta a solicitud realizada por los centros de atención designados.**
5. Las jefaturas de las farmacias "designadas" son responsables de gestionar la reposición del medicamento del "Kit PPE" utilizado, inmediatamente después de ser dispensado o, a más tardar, el día hábil siguiente; lo cual se realizará vía solicitud por correo electrónico a Farmacia UM Atlacatl.
6. Las farmacias "designadas", cuando sea necesario, podrán realizar gestiones de transferencia de medicamento ARV (utilizado en los "Kit PPE"), a otra farmacia.
7. Las farmacias que cuentan con "Kit PPE ampliado", pueden dispensar medicamentos del "Kit" a pacientes con recetas (con justificación médica) provenientes de otros centros de atención "designados", que no cuentan con disponibilidad de la cantidad de ARV indicada para dicho paciente.
8. Las jefaturas de farmacia tienen la responsabilidad de devolver el medicamento de los "Kit PPE" a farmacia de Oncología, **tres meses previos a su caducidad** por medio de transferencia según los procesos ya institucionalmente establecidos.
9. Las jefaturas de Farmacia de cada centro designado serán responsables de verificar la rotación de los medicamentos del Kit PPE, según el consumo local y de los demás centros de atención, para gestionar su oportuna transferencia según necesidad.


## ANEXO #7. INDICADORES DE PPE AL VIH POR ACCIDENTE LABORAL Y VIOLACIÓN SEXUAL\*

No	INDICADOR	DESCRIPCIÓN / FÓRMULA	PERIODICIDAD
1	Número de personas con exposición laboral a fluidos corporales.	Medirá el total de personas que tuvieron accidentes ocupacionales con exposición a bioinfecciosos, con o sin riesgo, y todos los casos de violación sexual.	MENSUAL
2	Número de personas que sufrieron un evento* con riesgo de infección por VIH, VHB, VHC.	Medirá el total de personas que tuvieron accidentes ocupacionales con exposición a bioinfecciosos con riesgo y todos los casos de violación sexual.	MENSUAL
3	Número de personas con accidente laboral con riesgo de infección por VIH, VHB, VHC.	Medirá el número de personas que sufrieron accidente laboral con riesgo.	MENSUAL
4	Número de personas con riesgo de infección por VIH, VHB, VHC por violación sexual.	Medirá el número de personas que sufrieron violación sexual.	MENSUAL
5	Número de personas empleados del ISSS que sufrieron un evento con riesgo de infección por VIH, VHB, VHC.	Medirá el total de empleados del ISSS que sufrieron un accidente ocupacional con riesgo o violación sexual.	MENSUAL
6	Número de personas que iniciaron PPE por haber sufrido un accidente laboral con riesgo de infección por VIH, VHB, VHC.	Medirá el número de personas que iniciaron PPE por accidente laboral con riesgo	MENSUAL
7	Número de personas que iniciaron PPE por exposición a infección por VIH, VHB, VHC por violación sexual.	Medirá el número de personas que iniciaron PPE por violación sexual con riesgo	MENSUAL
8	Porcentaje de pacientes con PPE por exposición ocupacional que completaron tratamiento	$\frac{\text{Número de casos con PPE por accidente laboral con exposición a VIH que completó su régimen de medicamentos ARV}}{\text{Total de casos que iniciaron PPE por accidente laboral con exposición a VIH}} \times 100$	MENSUAL
9	Porcentaje de pacientes con PPE por violencia sexual que completaron tratamiento	$\frac{\text{Número de casos con PPE por violación sexual que completó su régimen de medicamentos ARV}}{\text{Número de casos que iniciaron PPE por violación sexual}} \times 100$	MENSUAL
10	Porcentaje de personas que cumplen el plan de seguimiento con PPE ocupacional	$\frac{\text{Número de personas que asistieron a su control a las 72 horas (o 2 meses, 6 meses, 12 meses) según el Plan de Seguimiento de PPE ocupacional}}{\text{Número de personas que iniciaron PPE ocupacional}} \times 100$	MENSUAL
11	Porcentaje de personas que cumplen el plan de seguimiento con PPE por violación sexual	$\frac{\text{Número de personas que asistieron a su control a las 72 horas (o 2 meses, 6 meses, 12 meses) según el Plan de Seguimiento de PPE ocupacional}}{\text{Número de personas que iniciaron PPE ocupacional}} \times 100$	MENSUAL
12	Porcentaje de seroconversiones por exposición ocupacional	$\frac{\text{Número de personas con PPE ocupacional que presentaron Seroconversión hasta en un período de 12 meses}}{\text{Número de personas que iniciaron PPE por exposición ocupacional}} \times 100$	MENSUAL
13	Porcentaje de seroconversiones por violación sexual	$\frac{\text{Número de personas con PPE por violación sexual que presentaron seroconversión hasta en un período de 12 meses}}{\text{Número de personas que iniciaron PPE por violación sexual}} \times 100$	MENSUAL

\*FUENTES: Sistema Estadístico de Salud (SES), Sistema de Información en Vigilancia Epidemiológica (SIVE), Vigilancia Epidemiológica en Salud (VIGEPES 07) y el Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica (SUMEVE).



## ANEXO # 8. FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DE PACIENTE (FVIH - 05).

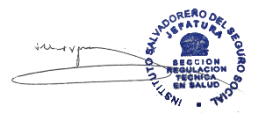
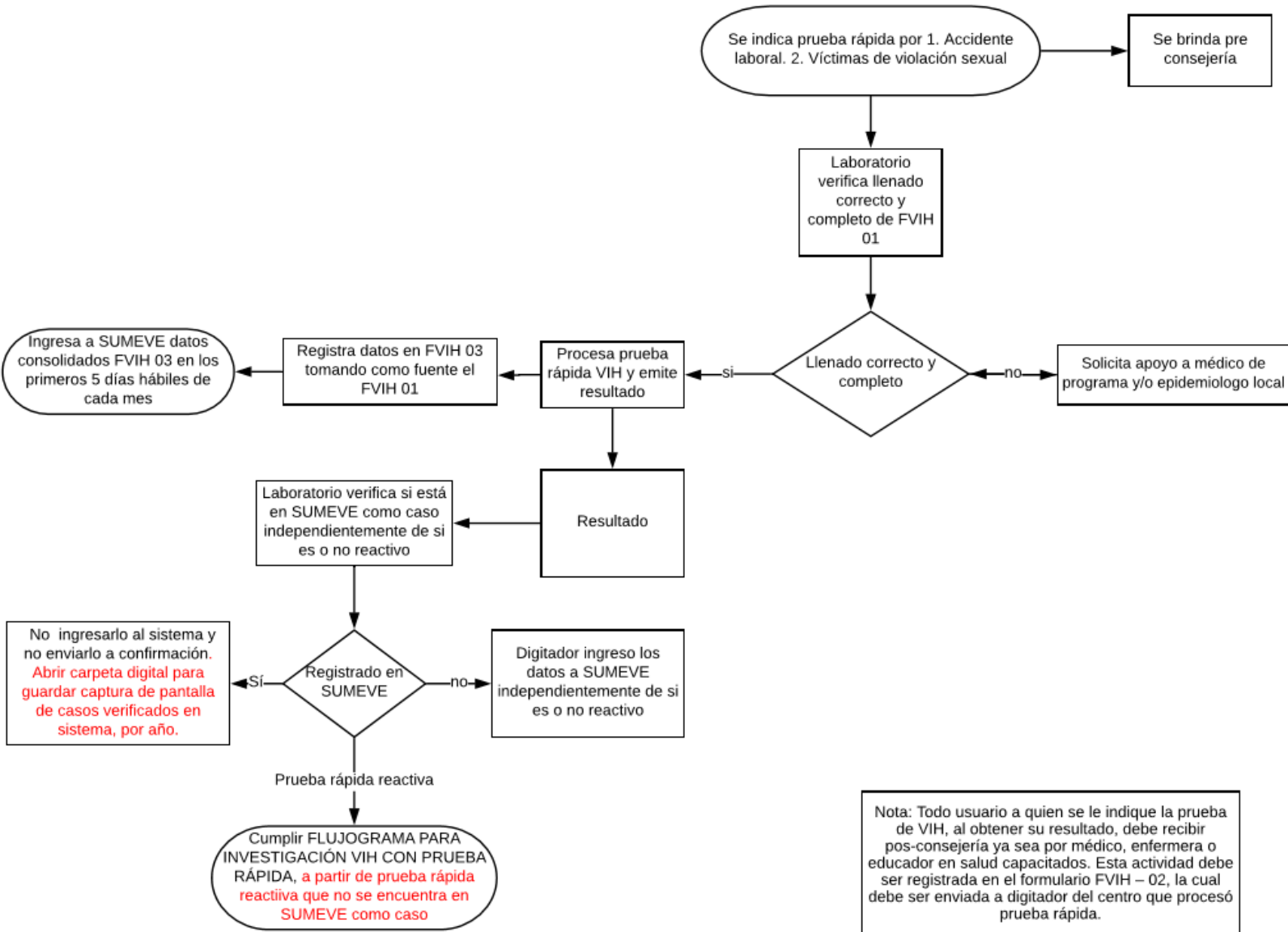
 <p style="text-align: center;"><b>República de El Salvador</b> <b>Sistema Nacional de Salud</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Formulario para Evaluación de paciente (FVIH - 05)</b></p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE</p> <p style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: large;">EL SALVADOR</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">UNÁMONOS PARA CRECER</p>																																
<p>1. Fecha: ____/____/____ 2. Nombre del Establecimiento: _____</p> <p>3. No. Expediente/ Afiliación: _____ 4. Tipo de Consulta: <input type="checkbox"/> De Primera Vez <input type="checkbox"/> Sub secuente <input type="checkbox"/> PPE</p>																																	
<p><b>I DATOS GENERALES</b></p> <p>7. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 8. Edad: Años ____ Mes ____ Días 9. Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.</p> <p>5. No. DUI: _____</p> <p>1º Nombre: _____ 1º Apellido: _____</p> <p>2º Nombre: _____ 2º Apellido: _____</p> <p>3º Nombre: _____ Apellido de Casado: _____</p> <p>6. Si es menor de edad, nombre completo de la madre o responsable: _____ 11. País de Residencia: _____</p>																																	
<p><b>II. (14) ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b> (marcar con una X lo que corresponda)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Hipertensión arterial</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica (IRC)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Cardiopatías</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Enfermedad Mental</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Asma</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Antecedentes Hematológicos</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Epilepsia</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Antecedentes Reumatológicos</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> EPOC</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Neoplasias</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Dislipidemias</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Discapacidad Física</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Hepatitis B</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Hepatitis C</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Discapacidad Visual</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Tuberculosis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica (IRC)	<input type="checkbox"/> Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Antecedentes Hematológicos	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Antecedentes Reumatológicos	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Neoplasias	<input type="checkbox"/> Dislipidemias	<input type="checkbox"/> Discapacidad Física	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Discapacidad Visual	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual	<input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos		<p><b>III. (15) ANTECEDENTES PERSONALES</b> (marcar con una X lo que corresponda)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Riesgo Social</td></tr> <tr><td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Tabaco</td></tr> <tr><td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Alcohol</td></tr> <tr><td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Violación Sexual</td></tr> <tr><td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Deportado/a</td></tr> <tr><td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ITS</td></tr> <tr><td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Profilaxis previa con ARV</td></tr> <tr><td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Persona Privada de Libertad (PPL)</td></tr> <tr><td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Drogas inyectables</td></tr> <tr><td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Otras Drogas</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> Riesgo Social	<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Violación Sexual	<input type="checkbox"/> Deportado/a	<input type="checkbox"/> ITS	<input type="checkbox"/> Profilaxis previa con ARV	<input type="checkbox"/> Persona Privada de Libertad (PPL)	<input type="checkbox"/> Drogas inyectables	<input type="checkbox"/> Otras Drogas
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica (IRC)																																
<input type="checkbox"/> Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea																																
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental																																
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Antecedentes Hematológicos																																
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Antecedentes Reumatológicos																																
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Neoplasias																																
<input type="checkbox"/> Dislipidemias	<input type="checkbox"/> Discapacidad Física																																
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva																																
<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Discapacidad Visual																																
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual																																
<input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos																																	
<input type="checkbox"/> Riesgo Social																																	
<input type="checkbox"/> Tabaco																																	
<input type="checkbox"/> Alcohol																																	
<input type="checkbox"/> Violación Sexual																																	
<input type="checkbox"/> Deportado/a																																	
<input type="checkbox"/> ITS																																	
<input type="checkbox"/> Profilaxis previa con ARV																																	
<input type="checkbox"/> Persona Privada de Libertad (PPL)																																	
<input type="checkbox"/> Drogas inyectables																																	
<input type="checkbox"/> Otras Drogas																																	
<p><b>IV. (16) ENFERMEDADES OPORTUNISTAS</b> (Al momento de evaluación y marcar con una X lo que responda)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Histoplasmosis</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Candidiasis Oral</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Neumonía por Pneumocistis</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Neumonía Bacteriana</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Linfoma</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Complejo Micobacterium Avium</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Toxoplasmosis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Herpes Simple</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Tuberculosis Pulmonar</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Criptococosis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Criptosporidiasis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Tuberculosis Extrapulmonar</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Isosporidiasis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Herpes zoster</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Citomegalovirus</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Histoplasmosis	<input type="checkbox"/> Candidiasis Oral	<input type="checkbox"/> Neumonía por Pneumocistis	<input type="checkbox"/> Neumonía Bacteriana	<input type="checkbox"/> Linfoma	<input type="checkbox"/> Complejo Micobacterium Avium	<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> Herpes Simple	<input type="checkbox"/> Tuberculosis Pulmonar	<input type="checkbox"/> Criptococosis	<input type="checkbox"/> Criptosporidiasis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis Extrapulmonar	<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi	<input type="checkbox"/> Isosporidiasis	<input type="checkbox"/> Herpes zoster		<input type="checkbox"/> Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino	<p><b>V. (17) CLASIFICACIÓN CLÍNICA SEGUN OMS 2006</b></p> <p><input type="checkbox"/> Estadio 1 <input type="checkbox"/> Estadio 2</p> <p><input type="checkbox"/> Estadio 3 <input type="checkbox"/> Estadio 4</p>														
<input type="checkbox"/> Histoplasmosis	<input type="checkbox"/> Candidiasis Oral	<input type="checkbox"/> Neumonía por Pneumocistis																															
<input type="checkbox"/> Neumonía Bacteriana	<input type="checkbox"/> Linfoma	<input type="checkbox"/> Complejo Micobacterium Avium																															
<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> Herpes Simple	<input type="checkbox"/> Tuberculosis Pulmonar																															
<input type="checkbox"/> Criptococosis	<input type="checkbox"/> Criptosporidiasis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis Extrapulmonar																															
<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi	<input type="checkbox"/> Isosporidiasis	<input type="checkbox"/> Herpes zoster																															
	<input type="checkbox"/> Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino																															
<p><b>VI. CONDUCTA A SEGUIR</b></p> <p>18. Inicio de ARV: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si detalle motivo de indicación: <input type="checkbox"/> Por Síntomas <input type="checkbox"/> Por valor de CD4 <input type="checkbox"/> Por seguimiento <input type="checkbox"/> Embarazada</p> <p>19. Por Profilaxis: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si detalle tipo de población: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro</p>																																	
<p><b>VII. CRITERIO DE ARV</b></p> <p>20. Motivo de ARV: <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Reinicio <input type="checkbox"/> Seguimiento por traslado desde otro Hospital o ISSS <input type="checkbox"/> Seguimiento por Retorno al País <input type="checkbox"/> Embarazada</p> <p>21. Motivo de indicación de PPE: <input type="checkbox"/> Violación Sexual <input type="checkbox"/> Accidente Laboral <input type="checkbox"/> Niño Expuesto Perinatalmente</p> <p><b>VIII. (22) CRITERIO DE CAMBIO DE ARV</b></p> <p><input type="checkbox"/> Efecto Adverso * <input type="checkbox"/> Falla Viroológica <input type="checkbox"/> Genotipo</p> <p><input type="checkbox"/> Desabastecimiento Local <input type="checkbox"/> Desabastecimiento Nacional</p>																																	
<p><b>IX. DETALLE DE ARV INDICADO</b></p> <p>24. Esquema de ARV indicado (marcar con X según corresponda)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Abacávir (ABC)</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Efavirenz (EFV)</td> <td style="width: 33%; border: none;"><input type="checkbox"/> Atazanavir (ATV)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Didanosina (ddI)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Etravirina (ETR)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Darunavir (DRV)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Emtricitabina/Tenofovir (FTC/TDF)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nevirapina (NVP)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir (LPV/RTV)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Lamivudina (3TC)</td> <td></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ritonavir (RTV)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Lamivudina/Zidovudina (3TC/AZT)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Raltegravir (RGV)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Tenofovir (TDF)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Efavirenz/Emtricitabina/Tenofovir (EFV/FTC/TDF)</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Zidovudina (AZT)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Abacávir (ABC)	<input type="checkbox"/> Efavirenz (EFV)	<input type="checkbox"/> Atazanavir (ATV)	<input type="checkbox"/> Didanosina (ddI)	<input type="checkbox"/> Etravirina (ETR)	<input type="checkbox"/> Darunavir (DRV)	<input type="checkbox"/> Emtricitabina/Tenofovir (FTC/TDF)	<input type="checkbox"/> Nevirapina (NVP)	<input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir (LPV/RTV)	<input type="checkbox"/> Lamivudina (3TC)		<input type="checkbox"/> Ritonavir (RTV)	<input type="checkbox"/> Lamivudina/Zidovudina (3TC/AZT)	<input type="checkbox"/> Raltegravir (RGV)		<input type="checkbox"/> Tenofovir (TDF)	<input type="checkbox"/> Efavirenz/Emtricitabina/Tenofovir (EFV/FTC/TDF)		<input type="checkbox"/> Zidovudina (AZT)			<p>23. Fecha de Inicio: ____/____/____</p> <p>25. Línea de tratamiento (marcar con X según corresponda):</p> <p><input type="checkbox"/> 1ra <input type="checkbox"/> 2da <input type="checkbox"/> 3ra</p> <p>26. Medicamento profiláctico indicado (marcar con X según corresponda)</p> <p>Profilaxis con Isoniacida <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Profilaxis con TMP-SMZ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>27. Fórmula Materna indicada en RN:</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>											
<input type="checkbox"/> Abacávir (ABC)	<input type="checkbox"/> Efavirenz (EFV)	<input type="checkbox"/> Atazanavir (ATV)																															
<input type="checkbox"/> Didanosina (ddI)	<input type="checkbox"/> Etravirina (ETR)	<input type="checkbox"/> Darunavir (DRV)																															
<input type="checkbox"/> Emtricitabina/Tenofovir (FTC/TDF)	<input type="checkbox"/> Nevirapina (NVP)	<input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir (LPV/RTV)																															
<input type="checkbox"/> Lamivudina (3TC)		<input type="checkbox"/> Ritonavir (RTV)																															
<input type="checkbox"/> Lamivudina/Zidovudina (3TC/AZT)	<input type="checkbox"/> Raltegravir (RGV)																																
<input type="checkbox"/> Tenofovir (TDF)	<input type="checkbox"/> Efavirenz/Emtricitabina/Tenofovir (EFV/FTC/TDF)																																
<input type="checkbox"/> Zidovudina (AZT)																																	
<p><b>X. (28) TIPO DE PACIENTE</b> <input type="checkbox"/> Activo en ARV <input type="checkbox"/> Activo sin ARV <input type="checkbox"/> No Acepto Tratamiento <input type="checkbox"/> Abandono a 90 Días</p> <p style="font-size: x-small;">(Esta clasificación se aplicará a partir del segundo control de paciente a la clínica de Atención Integral)</p>																																	
<p><b>XI. (29) CRITERIO DE EGRESO DE ARV</b> <input type="checkbox"/> Alta Exigida <input type="checkbox"/> Traslado al ISSS <input type="checkbox"/> Traslado al exterior <input type="checkbox"/> Traslado a otro Hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> -Inalación de PPE <input type="checkbox"/> Fallecido</p>																																	
<p>30. Nombre del Médico Responsable: _____</p> <p style="text-align: right;">31. Firma y Sello: _____</p>																																	
<p>Este formulario deberá ser llenado en forma completa y con letra legible por Médico (a) que evaluó a paciente</p>																																	

\* LLenar Hoja Amarilla (Notificación de sospecha de reacción adversa a medicamentos)

Código: 80509537 PVIH/FVIH/ISSS/2014



**ANEXO #10. FLUJOGRAMA PARA REGISTRO DE DATOS EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN DE VIH POR RIESGO DE EXPOSICIÓN LABORAL O POR VIOLACIÓN SEXUAL.**





DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD  
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD  
JULIO 2019