PROTOCOLO DE PROFILAXIS POSEXPOSICIÓN (PEP)

Pasos a seguir ante una Exposición de Riesgo Biológico Ocupacional o No Ocupacional al Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el Virus de la Hepatitis B, Virus de la Hepatitis C y otras Infecciones de Transmisión Sexual

Dirección de Promoción y Prevención
Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
Actualización 2025
Bogotá D.C.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA
Secretario General

CLAUDIA MARCELA VARGAS PELÁEZ
Directora de Medicamentos y Tecnologías en Salud

TATIANA LEMUS PÉREZ
Directora de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Coordinador Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Referentes Técnicos Minsalud

ANDREA LILIANA SARMIENTO OSPINA
Referente de Infecciones transmitidas por vía sanguínea y de Chagas gestacional y congénito

CIELO YANETH RÍOS HINCAPIÉ
Profesional especializado, Área Funcional Población y Desarrollo

DIANA MARÍA LIBRADO CARDONA
Referente de sangre y propiedad intelectual

SIDIA CAICEDO TRASLAVIÑA
Referente de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis y la hepatitis B

Agradecimientos

GLORIA EDITH VILLOTA ENRIQUEZ
Médica epidemióloga
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
Ministerio de Salud y Protección Social

JOHN EDWARD CRUZ MOLINA
Enfermero, especialista en gerencia y auditoría de la calidad en salud, especialista en administración en salud pública, magister en salud pública
Oficina de Calidad
Ministerio de Salud y Protección Social

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - COLOMBIA

GINA TAMBINI GÓMEZ
Representante

GUILLERMO GONZÁLVEZ
Asesor en Prevención y Control de Enfermedades

Contratista para Protocolo PEP

ANA CLAUDIA OSSA GIRALDO
Ph.D. en Ciencias Básicas Biomédicas - Inmunología, Especialista en Microbiología Clínica, Microbióloga y Bioanalista

Agradecimientos

CATLEYA ABELLA BARRETO
Consultora Nacional VIH, ITS y Hepatitis virales de la OPS/OMS
Octubre 2021 – febrero 2025

PERSONAS E INSTITUCIONES QUE PARTICIPARON EN EL CONSENSO DE EXPERTOS

Expertos Clínicos

Ernesto Martínez Buitrago
Médico Internista Infectólogo, Profesor Asociado Universidad del Valle. Presidente Comité de VIH de la Asociación Colombiana de Infectología - ACIN.

Carlos Arturo Álvarez Moreno
Médico Infectólogo, Magíster en Epidemiología Clínica, Máster en VIH, Doctor en Ciencias Biológicas. Profesor Titular, Facultad de Medicina Universidad Nacional. Vicepresidente Científico e Innovación Clínica Colsanitas

Santiago Estrada Mesa
Médico, Especialista en Microbiología y Parasitología Médicas. Director general Laboratorio Clínico VID.

Juan Carlos Álzate Ángel
Médico y Cirujano. Máster infección por VIH. Magíster en Ciencias Clínicas. Jefatura de Síntesis de Evidencia y Gestión de Tecnologías. Instituto de Evaluación tecnológica en Salud- IETS.

Mónica Mantilla Suárez
Médica, Especialista en Epidemiología. Máster en VIH-SIDA. Asesor Médico Nacional Programa VIH Virrey Solís IPS.

Otto Sussmann
Médico Microbiólogo. Especialista en Infectología. Asociación Colombiana de Infectología - ACIN.

Mauricio Orrego
Médico y Cirujano, Especialista en Medicina Interna, Gastroenterología y Hepatología de Trasplante.
Director Médico de Trasplante hepático y hepatólogo de Trasplante en *Advent Health Transplant Institute. Advent Health Porter*, Denver, Colorado - USA

Andrés Mauricio Pérez López
Médico. Máster en VIH.
Gerente Científico
Quiasmo IPS S.A.S.

Óscar Alfredo Beltrán Galvis
Médico. Especialista en Medicina interna, Gastroenterología y Hepatología. Líder Médico de Gastroenterología Fundación Cardioinfantil. Asociación Colombiana de Hepatología.

Liliana Andrade Forero
Médica. Magíster en Medicina Tropical y Salud Internacional. Magíster en Atención VIH UB España. Maestría en VIH URJC Madrid España.

Sandra Liliana Valderrama-Beltrán
Médica. Especialista en Infectología. Magíster en Epidemiología hospitalaria. Máster en VIH/Sida. Candidata a Doctorado en Epidemiología Clínica. Jefe Unidad de Infectología Hospital Universitario San Ignacio. Profesora del Departamento de Medicina Interna Pontificia Universidad Javeriana.

Leonardo Arévalo Mora
Médico-cirujano. Especialista en Epidemiología. Magíster en Salud Sexual y Reproductiva. Máster en VIH. Médico Experto VIH.

Juan Pablo Rojas Hernández
Médico y Cirujano. Especialista en Pediatría. Infectólogo Pediatra. Magíster en Epidemiología. Estudiante de Doctorado en Salud.

Joam Carolina Andrade Fernández
Médica. Especialista en pediatría. Infectóloga Pediatra.

Juan Pablo Londoño Ruiz
Médico y Microbiólogo. Especialista en Pediatría. Infectólogo Pediatra. Máster en VIH.

Alexandra Sierra García
Médica. Especialista en Pediatría. Infectóloga Pediatra. Máster en VIH. Infectóloga Pediatra Centro de Estudios en Infectología Pediátrica. Docente Universidad del Valle y Clínica Imbanaco.

Ana María Granada Copete
Médica. Especialista en Medicina Interna. Magíster en Bioética.

José Alejandro Mojica
Médico. Especialista en Pediatría. Infectólogo Pediatra.

Referentes Entidades Territoriales

Karol Tatiana Colorado Barrios
Secretaría de Salud de Risaralda.
Docente Universidad del Tolima

PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO

Alfredo Mejía
Sicólogo, magister en salud pública. ICAP

Carmen Eugenia Quiñonez Arteaga
Médica, magister en salud pública. Instituto Departamental de Salud de Nariño.

Eduardo Morales Blanco
Médico, ESE Hospital Universitario Santander

Elda Jannet Lever Duke
Profesional universitario, Secretaría Departamental del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Ernesto Martínez Buitrago
Médico Internista Infectólogo, Profesor Asociado Universidad del Valle. Presidente Comité de VIH de la Asociación Colombiana de Infectología - ACIN.

Jennifer Lorena Ortiz Melo
Médica, epidemióloga, magister en VIH, MBA. Asesora ONUSIDA para Colombia

Juan de la Mar Franco
Abogado, Profesional especializado en prevención combinada del VIH. UNFPA

Karol Tatiana Colorado Barrios
Enfermera, especialista en epidemiología, magister en educación. Profesional especializado Secretaría de Salud de Risaralda.

Luz Magdalena González Poveda
Enfermera, especialista en salud sexual y reproductiva de UNFPA.

Martha Leonor Moreno Barrero
Enfermera EPS Pijaos Salud.

Oscar Julián Pancha Garzón
Médico, magister en VIH, especialista en docencia universitaria, estudiante de epidemiología clínica. Hospital Santa Clara.

Pablo Andrés Rodríguez Camargo
Médico, magister en salud sexual y reproductiva. Profesional especializado Ministerio de Salud y Protección Social.

Patricia Durán Víctor
Médica, magister en VIH, Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena.

Ricardo Luque Núñez
Médico, Magíster en VIH y en Bioética. Coordinador Grupo de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 15
2. NORMATIVIDAD VIGENTE 17
3. OBJETIVO Y ALCANCE 22
   3.1. Objetivo 22
   3.2. Alcance 22
4. METODOLOGÍA 24
   4.1. Revisión de la evidencia 24
   4.2. Consenso de expertos 25
   4.3. Ajustes al borrador del documento 26
   4.4. Validación final 26
5. CONCEPTOS BÁSICOS 27
   5.1. Exposición de riesgo biológico no ocupacional 29
   5.2. Exposición de riesgo ocupacional 30
   5.3. Grupos ocupacionales en riesgo biológico de infección por VIH, VHB y VHC 32
      5.3.1. En riesgo de infección por VIH 32
      5.3.2. En riesgo de infección por el VHB 32
      5.3.3. En riesgo de infección por el VHC 33
   5.4. HTLV 33
   5.5. Fuente 34
      5.5.1. Fuentes para VIH y supervivencia del virus 35
      5.5.2. Fuentes para VHB y supervivencia del virus 35
      5.5.3. Fuentes para VHC y supervivencia del virus 35
      5.5.4. Fuentes para otras ITS 36
   5.6. Kit de Profilaxis Posexposición 36
   5.7. Poblaciones Clave en la infección por VIH 36

5.8. Tratamiento profiláctico posexposición 37
5.8.1. Carga viral del VIH 37
5.8.2. Indetectable = intransmisible 37
6. MANEJO DE LA EXPOSICIÓN DE RIESGO BIOLÓGICO 38
6.1. Recomendaciones generales ante una exposición de riesgo biológico 42
6.2. Exposición Ocupacional: evaluación del riesgo 44
6.3. Exposición Ocupacional: recomendaciones 46
6.4. Exposición No Ocupacional: evaluación del riesgo 48
6.5. Exposición No Ocupacional: recomendaciones 52
7. PROFILAXIS POSEXPOSICIÓN Y SITUACIONES ESPECIALES 56
7.1. Componentes del kit de profilaxis posexposición. 56
7.2. Paraclínicos previo al inicio de la profilaxis 61
7.3. Profilaxis posexposición del VIH 63
7.3.1. Algoritmo de atención en personas adultas, gestantes y adolescentes con exposición de riesgo biológico ocupacional o no ocupacional[21] 64
7.3.2. Algoritmo. Profilaxis en casos de exposición de riesgo biológico en población pediátrica menor o igual de 13 años[21] 69
7.4. Profilaxis posexposición de las ITS 80
7.5. Profilaxis posexposición de hepatitis B 82
7.5.1. Vacuna contra el virus de la hepatitis B: 82
7.5.2. Inmunoglobulina o gammaglobulina anti-Hepatitis-B (HBIG) 84
7.6. Anticoncepción de emergencia 90
7.7. Hepatitis C 92
7.8. HTLV 92
7.9. PEP en personas que están recibiendo PrEP 92
8. PLAN DE SEGUIMIENTO 94
8.1 Información 94

8.2 Apoyo psicológico 95
8.3 Seguimiento clínico y paraclínico 96
8.4 PrEP posterior a PEP 98
9. INDICADORES PEP 99
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 103

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Códigos CIE-10 con sus homólogos CIE-11 de eventos compatibles con riesgo biológico no ocupacional..... 29
Tabla 2. Códigos CIE-10 con sus homólogos CIE-11 de eventos compatibles con riesgo biológico ocupacional..... 31
Tabla 3. Caracterización de la exposición de riesgo ocupacional o no ocupacional..... 39
Tabla 4. Recomendaciones generales ante una exposición de riesgo biológico 42
Tabla 5. Evaluación del riesgo en una exposición ocupacional..... 45
Tabla 6. Recomendaciones ante una exposición de riesgo biológico ocupacional..... 47
Tabla 7. Probabilidad estimada de adquirir la infección por VIH de una fuente infectada, según la vía de exposición..... 49
Tabla 8. Riesgo estimado de infección tras exposición sexual con *fuente VIH+*, sin uso de preservativo, rotura o mal uso de este..... 50
Tabla 9. Riesgo estimado de infección tras exposición sexual con *fuente VIH desconocida*, sin uso de preservativo, rotura o mal uso de este..... 51
Tabla 10. Riesgo estimado de infección por VIH tras diferentes tipos de exposición parenterales con *fuente VIH+ o desconocida*..... 51
Tabla 11. Recomendaciones de Profilaxis posexposición..... 53
Tabla 12. Componentes del kit para profilaxis posexposición..... 57
Tabla 13. Profilaxis posexposición al VIH en personas adultas, gestantes y adolescentes..... 65
Tabla 14. Resumen de efectos secundarios de los ARV recomendados para la PEP en personas adultas, gestantes y adolescentes..... 67
Tabla 15. Profilaxis posexposición al VIH en niños y niñas de 4 semanas a 12 años..... 70

Tabla 16. Presentación simplificada de la dosificación de formulaciones sólidas y orales líquidas para niñas, niños e infantes con cuatro semanas de edad o mayores..... 72
Tabla 17. Presentación simplificada de la dosificación de Dolutegravir para niñas y niños a partir de 4 semanas de vida y 3 kg de peso..... 75
Tabla 18. Profilaxis posexposición al VIH en menores de 4 semanas de edad 76
Tabla 19. Dosis de medicamentos en presentación líquida para dosificación dos veces al día en menores de 4 semanas de edad..... 77
Tabla 20. Resumen de efectos adversos de los ARV recomendados para la PEP en niñas y niños menores de 12 años..... 77
Tabla 21. Profilaxis posexposición de las ITS bacterianas en personas mayores o iguales a 18 años no gestantes..... 80
Tabla 22. Profilaxis posexposición de las ITS bacterianas en adolescentes de 12 a 17 años..... 81
Tabla 23. Profilaxis posexposición de las ITS bacterianas en menores de 12 años..... 81
Tabla 24. Responsable del suministro de la vacuna y la inmunoglobulina o gammaglobulina contra la hepatitis B en exposiciones de riesgo biológico ocupacional y no ocupacional 79
Tabla 25. Recomendaciones para la profilaxis posexposición..... 86
Tabla 26. Manejo posexposición *ocupacional* a sangre y fluidos corporales, percutánea o mucosa, de acuerdo con el estado de vacunación de la persona expuesta y respuesta inmunológica a la vacuna contra la hepatitis B.....88
Tabla 27. Indicaciones para la anticoncepción de emergencia.....91
Tabla 28. PEP en personas que están recibiendo PrEP..... 92
Tabla 29. Cronograma de seguimiento paraclínico de las personas con exposición de riesgo ante las ITS, VIH, hepatitis B, hepatitis C y HTLV..... 96
Tabla 30. Indicadores PEP..... 99

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

3TC Lamivudina
ABC Abacavir
ABC/3TC Abacavir/Lamivudina
Anti HBc Anticuerpos contra el antígeno core del Virus de la Hepatitis B (por sus siglas en inglés)
ARV Antirretrovirales
ATV/r Atazanavir/Ritonavir
AZT Zidovudina (También se puede encontrar como ZDV).
AZT/3TC Zidovudina/Lamivudina
CDC *Centers for Disease Control and Prevention*
CVP Carga Viral Plasmática
DoxyPEP Profilaxis Posexposición con doxiciclina
DRV/r Darunavir/Ritonavir
DTG Dolutegravir
EAPB Entidad Administradora de Planes de Beneficios
EFV Efavirenz
ERB-NO Exposición de Riesgo Biológico No Ocupacional
ERB-O Exposición de Riesgo Biológico Ocupacional
EVG/c Elvitegravir/Cobicistat
HBsAg Antígeno de superficie del Virus de la Hepatitis B (por sus siglas en inglés)
HBeAg Antígeno e del Virus de la Hepatitis B (por sus siglas en inglés)
IETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.
INI o INSTI Inhibidor de la Integrasa (p.e. bictegravir, dolutegravir, elvitegravir y raltegravir)
IP/r Inhibidor de la Proteasa (p.e. atazanavir y darunavir) potenciado con ritonavir
IPS Institución Prestadora de Servicios de Salud
ITIAN o INTR Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos de Nucleósidos/Nucleótidos (p.e. abacavir, emtricitabina, lamivudina, tenofovir y zidovudina)
ITINN o INNTR Inhibidores de la Transcriptasa Inversa No análogos de Nucleósidos (p.e. efavirenz, etravirina, nevirapina y rilpivirina)

ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LPV/r	Lopinavir/Ritonavir
PEP	*Post-exposure Prophylaxis* (Profilaxis Posexposición)
PID	Persona que se Inyecta Drogas
PEP-O	Profilaxis Posexposición Ocupacional
PEP-NO	Profilaxis Posexposición No Ocupacional
PVV	Persona que vive con VIH
RAL	Raltegravir
TAF	Tenofovir Alafenamida
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TDF	Tenofovir Disoproxil Fumarato
TDF/FTC	Tenofovir/Emtricitabina
TDF/3TC	Tenofovir/Lamivudina
TFG	Tasa de Filtración Glomerular
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VHB	Virus de la Hepatitis B
VHC	Virus de la Hepatitis C

1. INTRODUCCIÓN

La profilaxis posexposición (PEP por sus siglas en inglés) es un componente esencial de la estrategia global de prevención combinada y control del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). En Colombia, como en muchas partes del mundo, el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) representan un desafío de salud pública que requiere atención continua y estrategias actualizadas que permitan generar una respuesta eficaz para lograr la reducción de nuevas infecciones.

En este contexto, la PEP emerge como una herramienta crucial en la prevención de la transmisión del VIH, la hepatitis B y otras ITS después de una exposición ocupacional o no ocupacional, como eventos de violencia sexual, relaciones sexuales sin protección o accidentes con agujas usadas entre otras. Su uso adecuado y oportuno puede marcar la diferencia entre adquirir una infección transmitida por vía sexual o sanguínea y la protección efectiva contra las mismas. Por esta razón, la actualización de las directrices relacionadas con la PEP es esencial para mantener una respuesta eficaz.

Colombia, se encuentra comprometida en alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos por las Naciones Unidas. Dentro de estos objetivos, el ODS 3, "Salud y Bienestar", incluye la meta “Para 2030, poner fin a las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles”. Esta meta se alinea con la Estrategia Mundial Contra el Sida 2021-2026, Acabar con las Desigualdades. Acabar con el Sida[1] y las Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030[2], las cuales proporcionan orientación sobre la prevención, atención y control de estos eventos a nivel mundial para la consecución de las metas globales.

La presente actualización sobre la PEP se inscribe en estos compromisos internacionales y la necesidad del país de mantener actualizadas sus orientaciones en línea con la evidencia disponible y tiene como objetivo

contribuir a la respuesta nacional ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, acorde con el Plan Nacional de Respuesta 2022-2025[3] y el abordaje y atención integral a las violencias sexuales.

2. NORMATIVIDAD VIGENTE

Colombia ha establecido un marco normativo sólido en relación con el VIH y las ITS. Este marco se basa en principios de derechos humanos, igualdad y atención integral de la salud, y se enmarca en una perspectiva de salud pública que busca no solo prevenir nuevas infecciones, sino también garantizar el acceso universal a servicios de salud con calidad para todas las personas afectadas por estas infecciones. Las normas principales que constituyen dicho marco incluyen:

1. **Ley 9 de 1979, Título III, Salud Ocupacional:** Por la cual se dictan medidas sanitarias[4].
2. **Resolución 3442 de 2006:** Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica[5]. Esta guía contemplaba la profilaxis posexposición tanto ocupacional como no ocupacional.
3. **Resolución 459 de 2012:** Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual[6]. Señala que "El Protocolo ha sido diseñado para ser utilizado por profesionales de la salud debidamente entrenados en el manejo de víctimas de violencia sexual en las diferentes IPS y, principalmente en sus servicios de urgencias, en todo el territorio nacional." Se encuentra en proceso de actualización.
4. **Circular 31 de 2014:** Lineamientos para garantizar la vacunación contra la hepatitis B a las víctimas de violencia sexual[7]. Acorde a la circular, tanto la vacuna como la gammaglobulina contra la hepatitis B para estos casos será entregada por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de las entidades territoriales.
5. **Decreto 351 de 2014:** Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades[8].

6. **Decreto 1477 de 2014:** Por el cual se expide la Tabla de Enfermedades Laborales[9].
7. **Decreto 780 de 2016 Artículo 2.8.1.1.1** por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)[10]. Estos elementos fueron tomados del Decreto 1543 de 1997.
8. **Resolución 3280 de 2018:** Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación[11]. En esta Resolución se indican los métodos de anticoncepción de emergencia para uso "después de relaciones sexuales voluntarias sin uso de método anticonceptivo, fracaso o uso indebido de anticonceptivos (como píldoras olvidadas, ruptura o deslizamiento de condón, expulsión de DIU, relaciones sexuales en periodo fértil, falla del retiro), violación o sexo forzado".
9. **Resolución 3100 de 2019:** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud[12]. En esta Resolución se indica de la obligatoriedad de la "Disponibilidad de kit para recolección de evidencia forense y kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual, según lo definido en la Resolución 459 de 2012 o la norma que la modifique, adicione o sustituya".

   Igualmente, señala que "Los prestadores de servicios de salud cuentan con información documentada de las condiciones de almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, uso y custodia de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contenidos en los kits de derrames de medicamentos, ataque con agentes químicos y de violencias sexuales, según su contenido".

   Esta norma indica también en el punto 11.1.5. Estándar de procesos prioritarios, Numeral 8, que: "Las guías de práctica clínica y protocolos a adoptar son en primera medida los que disponga el Ministerio de Salud y

Protección Social. En caso de no estar disponibles, o si existe nueva evidencia científica que actualice alguna o algunas de las recomendaciones de las guías de práctica clínica o requerimientos de los protocolos, el prestador de servicios de salud adopta, adapta o desarrolla guías de práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica, publicados nacional o internacionalmente."

10. **Circular Externa No. 13 de 2019:** Por la cual se toman acciones de gestión en salud pública para la prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, coinfección TB/VIH, sífilis gestacional y congénita, hepatitis B y hepatitis C[13]. En este acto administrativo se indica en las acciones correspondientes a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS (ítem 8): "Entregar al paciente y al momento del alta hospitalaria, el esquema completo de profilaxis antirretroviral post exposición, de forma que cubra los 30 días de tratamiento, con el fin de garantizar la continuidad de este, siguiendo los protocolos vigentes, trátese de exposiciones ocupacionales o no ocupacionales, incluyendo violencia sexual, pero no limitada a esta. El servicio de urgencias de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) donde está siendo atendido el paciente informará a la Administradora de Planes de Beneficios la entrega de los medicamentos antirretrovirales".

    Igualmente, señala entre las obligaciones de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB la siguiente acción: "Garantizar que la red de prestadores de servicios de salud realice el abordaje adecuado de las exposiciones de riesgos biológicos, independientemente de si la exposición es laboral o no laboral, acorde con los protocolos vigentes, así como del manejo del VIH, la coinfección TB/VIH, la sífilis gestacional y congénita y la hepatitis B y C"[13].

11. **Resolución 1314 de 2020:** Por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C[14].

12. **Resolución 1579 de 2023:** Por medio de la cual se declara la existencia de razones de interés público para someter una patente de los medicamentos cuyo principio activo es el Dolutegravir a licencia obligatoria en la modalidad de uso gubernamental[15]

13. **Resolución 591 de 2024:** Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades[16].
14. **Resolución 2164 de 2024,** Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de los medicamentos antirretrovirales para VIH y el seguimiento a las poblaciones incluidas en la Resolución 1579 de 2023 y se dictan otras disposiciones[17]. En esta resolución se incluye a las personas que requieren PEP entre las poblaciones de la licencia obligatoria.

Otros documentos relevantes de marco contextual para la profilaxis posexposición son:

- **El Modelo de Gestión Programática en VIH, 2006**, adoptado por la Resolución 3442 del año 2006[8], el cual señala en su estrategia 1.3.4 Profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional, las siguientes actividades:
    - Información a personas con exposición ocupacional y no ocupacional sobre los riesgos implícitos.
    - Oferta abierta de asesoría y prueba a personas con exposición de riesgo.
    - Actividades educativas sobre actuación en caso de accidentes ocupacionales.
    - Capacitación de equipos de atención en salud.
    - Garantía de profilaxis oportuna y adecuada para exposiciones de riesgo ocupacionales y no ocupacionales.

- La **Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes del año 2021**[18], en la cual se actualizaron los esquemas de profilaxis posexposición para personas adolescentes, adultas y gestantes.

- El **Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la Coinfección TB - VIH y las Hepatitis B y C 2022-2025**[3] el cual incluye acciones e indicadores relacionados con la PEP.

- El **Lineamiento para la implementación de la PrEP en Colombia, junio 2023,** en el cual se indica que cuando una persona acude a solicitar PrEP y lo que requiere es PEP, se podrá suministrar la PEP desde este mismo servicio[19].

- La **Vía clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH, Colombia 2024[20],** en la cual se actualizaron los esquemas de profilaxis posexposición para personas adolescentes, adultas y gestantes.

3. OBJETIVO Y ALCANCE

3.1. Objetivo

Actualizar, a partir de la evidencia internacional y nacional disponible, las directrices del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia para la atención de las personas con exposiciones de riesgo ocupacional o no ocupacional ante el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Virus de la Hepatitis B (VHB), el Virus de la Hepatitis C (VHC) y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), así como la prevención del embarazo no deseado en casos de eventos de violencia sexual.

3.2. Alcance

Este documento está dirigido al talento humano en salud (técnicos, profesionales y administrativos), involucrado en la atención de las personas con exposiciones de riesgo biológico, ocupacionales y no ocupacionales, incluida la atención de víctimas de violencia sexual, tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio a nivel nacional, y es aplicable en todos los servicios de urgencias de cualquier nivel de complejidad y otros servicios definidos para estas atenciones.

En cuanto a la población beneficiaria, las recomendaciones derivadas de este protocolo aplican a todas las personas con exposiciones de riesgo biológico ocupacional o no ocupacional, independientemente de su afiliación al sistema de salud, dada la naturaleza urgente de este evento. Para personas no afiliadas o con estatus migratorio irregular, la financiación de las atenciones deberá ser asumida por la entidad territorial, conforme a la normativa vigente.

Los tomadores de decisiones de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), o quienes hagan sus veces, deberán asegurar que la atención a las personas con exposiciones de riesgo biológico se ajuste a las directrices de este protocolo en

el marco de la normativa vigente y en concordancia con los estándares de calidad y habilitación.

Los temas que aborda este documento incluyen: conceptos básicos, evaluación del riesgo biológico, kits de profilaxis posexposición, esquemas de profilaxis, seguimiento de las personas con exposición de riesgo biológico ocupacional y no ocupacional y acciones de monitoreo y evaluación.

La profilaxis posexposición por vía materno-infantil, tanto para VIH como para hepatitis B, no es parte del alcance de este documento.

4. METODOLOGÍA

La actualización del presente documento se llevó a cabo en cuatro etapas:

- Revisión de la evidencia
- Consenso de expertos
- Actualizaciones al documento
- Validación final.

4.1. Revisión de la evidencia

La revisión de la evidencia se desarrolló con el objetivo de identificar Guías de Práctica Clínica (GPC) o recomendaciones nacionales e internacionales relacionadas con el tema de la presente actualización, acogiendo las recomendaciones de la "Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano"[21]. Se usaron como fuentes de información organismos recopiladores, organismos que producen GPC, y la base de datos PubMed. En todos los casos, se seleccionaron los documentos que hubiesen sido publicados entre los años 2015 y 2022. A continuación, se describen las fuentes de información usadas para la búsqueda:

Organismos recopiladores:

- *Clinical Guidelines Program*, del *New York State Department of Health* AIDS *institute*) y la oficina del Director Médico de la División de Enfermedades Infecciosas de la Universidad John Hopkins (*Office of the Medical Director and the Johns Hopkins University School of Medicine, Division of Infectious Diseases*).
- *Guideline International Network* (GIN)

Organismos que producen GPC:

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS)
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*
- *New Zeland Guidelines Group (ZGG),*

- *National Institute for Clinical Excellence (NICE)*
- *Scottish Intercollegiate Network (SIGN)*
- *Canadian HIV Trials Network (CIHR)*
- Grupo de Estudio del Sida (GESIDA)

Base de datos:
Búsqueda en PubMed, con la siguiente estrategia, de acuerdo con lo sugerido por la "Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano"[21]:

- Post-exposure Prophylaxis AND HIV guidelines NOT comment NOT letter NOT editorial NOT survey NOT news NOT newspaper article NOT patient education handout NOT case report NOT historical article NOT animal.

- Post-exposure Prophylaxis AND Hepatitis B Virus guidelines NOT comment NOT letter NOT editorial NOT survey NOT news NOT newspaper article NOT patient education handout NOT case report NOT historical article NOT animal.

- Post-exposure Prophylaxis AND Hepatitis C Virus guidelines NOT comment NOT letter NOT editorial NOT survey NOT news NOT newspaper article NOT patient education handout NOT case report NOT historical article NOT animal.

En adición a la búsqueda realizada en las anteriores fuentes, se hizo una búsqueda de los documentos de referencia usados en la versión anterior de este protocolo (2017) y, en el caso de que hubiese actualizaciones de estos, estas fueron consultadas e incluidas en las propuestas de modificaciones al protocolo a consultarse en el consenso de expertos.

4.2. Consenso de expertos

Los primeros consensos de expertos para este documento se llevaron a cabo a través de la metodología *Delphi Group.* Primero se realizó una encuesta en línea en la que los expertos, de manera individual e independiente, respondían a través de preguntas categóricas politómicas su acuerdo con cada propuesta de

actualización o modificación del protocolo; y a través de preguntas abiertas se solicitaron comentarios o sugerencias a cada propuesta. Posteriormente, se procedió a sistematizar las respuestas obtenidas y se realizaron dos rondas de discusión grupal con votación individual en tiempo real, en las que se definió el consenso en noviembre 2022. Los participantes del consenso de expertos declararon no tener conflictos de intereses que interfirieran con su participación en la actualización del presente protocolo.

4.3. Ajustes al borrador del documento

Durante el proceso de construcción de la "Vía clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH"[20] entre 2023 y 2024, se revisó la evidencia disponible y se recibieron nuevos aportes por parte del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) los cuales fueron incorporados al documento borrador.

Igualmente, con la publicación del documento "*Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis*"[22] por parte de la Organización Mundial de la Salud en julio 2024, se hizo una revisión de las nuevas recomendaciones de la OMS para verificar la alineación del documento nacional con las recomendaciones internacionales, previo al proceso de validación final.

4.4. Validación final

El documento preliminar se envió a validación final de las entidades territoriales, EAPB, IPS, sociedades científicas, agencias del sistema de Naciones Unidas y organizaciones de base comunitaria para validar las recomendaciones técnicas, la comprensión del documento, la factibilidad en la implementación, la coherencia interna y externa, entre otros criterios.

Del proceso de validación se recibieron 115 comentarios, tanto de forma como de fondo, de un total de 13 personas, los cuales fueron revisados uno a uno para determinar la pertinencia de su inclusión y se realizaron los ajustes en el documento final para publicación.

5. CONCEPTOS BÁSICOS

Las situaciones de exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Virus de la Hepatitis B (VHB), el Virus de la Hepatitis C (VHC) y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ya sean de origen ocupacional o no ocupacional, se consideran casos de **urgencia médica** y deben ser atendidas de manera prioritaria, **en un lapso no mayor a dos (2) horas desde el momento en que la persona se presenta al servicio** de urgencias de cualquier nivel de complejidad, consulta prioritaria u otro servicio desde el cual se ofrezca atención a estos casos. Esto se debe a que se tiene un tiempo limitado de 72 horas a partir del momento de la exposición para iniciar un tratamiento profiláctico adecuado, debido a la alta capacidad de replicación viral en los casos del VIH, el VHB y el VHC[23-25].

El riesgo de transmisión de VIH, VHB y VHC varía según el fluido al que se haya estado expuesto y el tipo de contacto[26,27], siendo la sangre el fluido con mayor riesgo de transmisión. En el contexto de exposiciones ocupacionales, investigaciones prospectivas realizadas en trabajadores de la salud han estimado que el **riesgo promedio de transmisión del VIH después de una exposición percutánea** [(1)] **a sangre es de aproximadamente 0,3% (IC 95%: 0,2% - 0,5%)**[28–29]. Aunque no se encuentran datos exactos del riesgo de transmisión para otras exposiciones a fluidos o tejidos, se presume que es significativamente menor que en el caso de la sangre.

En lo que respecta a las infecciones por hepatitis B, la exposición accidental representa un riesgo ocupacional bien documentado para el personal de salud que no está vacunado contra el VHB. El riesgo de adquirir la infección por VHB, después de un accidente percutáneo con sangre contaminada, depende de los marcadores de infección en la persona donante de la sangre o fuente de la exposición. **Se estima que dicho riesgo es de al menos un 30% si la fuente**

[(1)] Exposición percutánea: "Lesión que atraviesa la piel, generalmente causada por un objeto afilado o punzante". Fuente: López G. et al. 1997. Factores asociados a los accidentes por exposición percutánea en personal de enfermería en un hospital de tercer nivel. Revista Española de Salud Pública, 71(4), 369-381. Recuperado en 07 de febrero de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400005&lng=es&tlng=es.

de la sangre es positiva para HBsAg y HBeAg, y menor al 6% si el HBeAg es negativo[28–29]**.**

En el caso de la hepatitis C, la tasa promedio de seroconversión después de una exposición percutánea a una fuente positiva para el VHC es del 1,8% (rango: 0% - 7%)[28–29]**.**

Dado que el desarrollo de estudios de eficacia de la Profilaxis posexposición (PEP) en humanos tiene problemas metodológicos y éticos, los datos de estudios en animales y modelos matemáticos han demostrado que la eficacia de la PEP para VIH es tiempo-dependiente. De esta manera, los datos de modelos farmacocinéticos demuestran que, sin PEP, la infección por VIH se torna irreversible dos a cinco días después de la exposición. Por tal razón, la PEP forma parte de las intervenciones para la prevención combinada del VIH.

La PEP con dos medicamentos solo sería efectiva si se toma dentro de las primeras 24 horas de la exposición, y la PEP con tres medicamentos prevendría la infección si se toma en las primeras 48 horas de la exposición. Después de este tiempo, la eficacia de la PEP empieza a disminuir rápidamente sin conocerse un punto de corte en el que ya no sería efectiva, por lo cual **no se recomienda el inicio de la PEP para VIH más allá de las 72 horas después de la exposición**[22].

En el ámbito de exposiciones no ocupacionales, los riesgos y los mecanismos de transmisión son similares a los de las exposiciones ocupacionales, con la diferencia de que a menudo es más difícil identificar o caracterizar la fuente de exposición.

Las exposiciones sexuales, particularmente las que involucran relaciones sexuales sin protección o con ruptura del condón, presentan riesgos potenciales. Además, las relaciones sexuales no consensuadas o con presencia de sangrado o menstruación aumentan significativamente el riesgo. Las relaciones sexuales anales receptivas, las abrasiones de las mucosas y la presencia de otras ITS también pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH[29].

En cuanto a la profilaxis posexposición no ocupacional (PEP-NO), la evidencia es limitada y se basa en modelos animales, en la administración de zidovudina a

neonatos y en datos observacionales. **Los estudios en modelos animales han demostrado una reducción del riesgo del 89% en la infección por VIH cuando se administra PEP.** Sin embargo, la efectividad puede verse comprometida en exposiciones sexuales debido a retrasos en la toma, falta de adherencia a los medicamentos o la posible presencia de cepas resistentes[29].

5.1. Exposición de riesgo biológico no ocupacional

Es el contacto de membranas mucosas, piel no intacta o exposición percutánea por herida con objeto cortopunzante, sangre o fluidos potencialmente infecciosos fuera del ámbito laboral; incluye la exposición sexual sin protección; la ruptura de condón durante las relaciones sexuales o situaciones que afecten su función de barrera contra las ITS; las situaciones de violencia sexual; la exposición parenteral en personas que comparten agujas o jeringas para la inyección de sustancias psicoactivas, medicamentos o la realización de tatuajes; perforaciones corporales con material no estéril o reusado; la exposición de mucosas a fluidos potencialmente infecciosos, pinchazos accidentales o mordeduras humanas.

En la tabla 1, se describen los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)[30] que pueden utilizarse en los eventos de exposición de riesgo biológico no ocupacional. Sin embargo, dado que en 2019 la OMS aprobó la 11ª edición de dicha clasificación[31], y se recomienda que esta versión sea adoptada por todos los países miembros de la ONU[32], en la siguiente tabla se presentan los códigos CIE-10 y sus homólogos CIE-11:

Tabla 1. Códigos CIE-10 con sus homólogos CIE-11 de eventos compatibles con riesgo biológico no ocupacional

CIE-10		CIE-11	
Código	**Descripción**	**Código**	**Descripción**
Z202	Contacto con y exposición a enfermedades infecciosas con un modo de transmisión predominantemente sexual	QC90.2	Contacto con o exposición a enfermedades infecciosas con un modo de transmisión predominantemente sexual

CIE-10		CIE-11	
Código	**Descripción**	**Código**	**Descripción**
Z205	Contacto con y exposición a Hepatitis Virales	QC90.5	Contacto con o exposición a la hepatitis viral
Z206	Contacto con y exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana	QC90.6	Contacto con o exposición al virus de la inmunodeficiencia humana
Z208	Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles	QC90.Y	Contacto con o exposición a otras enfermedades transmisibles especificadas
		QC90.Z	Contacto con o exposición a enfermedades transmisibles, sin especificación

Fuente: Información tomada de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – CIE 10 y CIE 11

5.2. Exposición de riesgo ocupacional

Es el contacto de membranas mucosas, piel no intacta o exposición percutánea por herida con objeto cortopunzante por parte de un trabajador por causa o con ocasión o a consecuencia de la realización de un trabajo u oficio, con fluidos potencialmente infectantes (sangre, líquido céfalo-raquídeo, líquido sinovial, líquido pleural, líquido peritoneal, líquido pericárdico, líquido amniótico, semen y secreciones vaginales o cualquier secreción visiblemente contaminada con sangre, y que puede suponer un riesgo de infección a través de la misma).

Las exposiciones percutáneas son más riesgosas para la transmisión del VIH que las exposiciones mucosas. Según el CDC, el riesgo promedio de seroconversión del VIH después de una exposición ocupacional percutánea es aproximadamente del 0,3% (IC 95% 0,2 a 0,5%), lo que supone 3 infecciones por cada 1000 incidentes. Cuando la exposición es a través de las mucosas, el riesgo se reduce al 0,09% (IC 95% 0,006 a 0,5%), y si el contacto es con piel no intacta, el riesgo de transmisión puede ser menor, pero requiere la valoración individual del caso.

En cuanto al riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna en el entorno laboral es extremadamente bajo debido a la limitada exposición, la baja concentración del virus y las medidas de bioseguridad. Sin embargo, es importante tomar precauciones y seguir los protocolos establecidos para prevenir cualquier tipo de exposición y garantizar la seguridad de los profesionales de la salud [(2)].

A continuación, se describen los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)[30] que pueden ser utilizados ante eventos de exposición de riesgo biológico ocupacional. Dado que en 2019 la OMS aprobó la 11ª edición de dicha clasificación[31], y se recomienda que esta versión sea adoptada por todos los países miembros de la ONU[32], en la siguiente tabla se presentan los códigos CIE-10 y sus homólogos CIE-11:

Tabla 2. Códigos CIE-10 con sus homólogos CIE-11 de eventos compatibles con riesgo biológico ocupacional

CIE-10		CIE-11	
Código	**Descripción**	**Código**	**Descripción**
Z205	Contacto con y exposición a Hepatitis Virales	QC90.5	Contacto con o exposición a la hepatitis viral
Z206	Contacto con y exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana	QC90.6	Contacto con o exposición al virus de la inmunodeficiencia humana
Z208	Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles	QC90.Y	Contacto con o exposición a otras enfermedades transmisibles especificadas
		QC90.Z	Contacto con o exposición a enfermedades transmisibles, sin especificación

Fuente: Información tomada de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – CIE 10 y CIE 11

[2] Consulta transmisión ocupacional del VIH por leche materna. Consultado 7 de febrero de 2025. https://gemini.google.com/app/6653ce12fc612ae9?hl=es.

5.3. Grupos ocupacionales en riesgo biológico de infección por VIH, VHB y VHC

A continuación, se describen los principales grupos de personas que podrían estar en riesgo biológico asociado a sus labores, de acuerdo con cada infección.

5.3.1. En riesgo de infección por VIH

Trabajadores de la salud incluyendo al personal del área quirúrgica, servicios de urgencias, servicios de odontología, personal de enfermería, personal de laboratorio, de bancos de sangre, personal de ambulancias, personal de limpieza, lavandería y mantenimiento en instituciones prestadoras de servicios de salud; personal que trabaja en programas con entrega de material higiénico a personas que se inyectan drogas; personal de prisiones; personal que hace tatuajes y perforaciones corporales; personas que manipulan cadáveres (en tanatopraxia, medicina legal, fiscalía o similares); recolectores de basura y recicladores; personas que realizan el aseo en hoteles, personal de defensa civil o que atienden primeros auxilios y otras ocupaciones en las cuales se pueda entrar en contacto con sangre de las personas que están siendo atendidas o haya manipulación de objetos cortopunzantes usados o inadecuadamente desechados.

5.3.2. En riesgo de infección por el VHB

Personas pertenecientes al sector salud de áreas como laboratorio, patología, cirugía, banco de sangre, hemodiálisis, morgue, atención de emergencias médicas, paramédicos, odontología, salas de cirugía, entre otros. Trabajadores que manejan patógenos en laboratorios de investigación. Personas que laboran en instituciones o programas con población cautiva como cárceles, instituciones para personas con deficiencia cognitiva, hogares de paso para niños que están en proceso de adopción, centros de escucha con entrega de material higiénico a personas que se inyectan drogas, entre otros. Trabajadores que viajan a áreas endémicas sin adecuada protección. Servicios funerarios. Personas que laboran en sitios de procedimientos estéticos no asociados al cuidado de la salud tales como realización de tatuajes, micropigmentación, modificaciones corporales,

perforación para colocación de piercing, entre otros. Personas que manipulan cadáveres en tanatopraxia, medicina legal, fiscalía o similares. Recolectores de basura y recicladores. Personas que realizan el aseo en hoteles, personal de defensa civil o que atienden primeros auxilios y otras ocupaciones en las cuales se pueda entrar en contacto con sangre de las personas que están siendo atendidas o haya manipulación de objetos cortopunzantes usados o inadecuadamente desechados.

5.3.3. En riesgo de infección por el VHC

Trabajadores de la salud, incluyendo a profesionales de la medicina, odontología, enfermería, personal de laboratorio, de bancos de sangre, personal de ambulancias, personal de limpieza, lavandería y mantenimiento en instituciones prestadoras de servicios de salud; personas que laboran en prisiones; zonas de orientación y centros de escucha o instituciones donde se entrega y recibe material higiénico a personas que se inyectan drogas; personas que laboran en sitios de procedimientos estéticos no asociados al cuidado de la salud tales como realización de tatuajes, micropigmentación, modificaciones corporales, perforación para colocación de piercing, entre otros; personas que manipulan cadáveres (en tanatopraxia, medicina legal, fiscalía o similares); recolectores de basura y recicladores; personas que realizan el aseo en hoteles, personal de defensa civil o que atienden primeros auxilios y otras ocupaciones en las cuales se pueda entrar en contacto con sangre de las personas que están siendo atendidas o haya manipulación de objetos cortopunzantes usados o inadecuadamente desechados.

5.4. HTLV

Los Virus Linfotrópicos de células T humanas (*Human T-lymphotropic Virus*) tipo 1 y tipo 2 fueron los primeros retrovirus identificados en los seres humanos a comienzos de la década de los 80[33]. Estos virus se transmiten principalmente por contacto directo con fluidos corporales que contienen células, como sangre, leche materna y semen. Las vías de transmisión son similares a las del VIH y las hepatitis virales por vía sexual, sanguínea y materno infantil (principalmente a través de la lactancia materna). A largo plazo, un 2 a 4% de las personas

infectadas por el HTLV-1 desarrollarán leucemia/linfoma de células T del adulto o una paraparesia espástica tropical[34].

En Colombia, la presencia del HTLV ha sido reportada por diversos estudios desde 1981, principalmente en la región pacífica, en la cual un estudio en población general realizado en Tumaco (Nariño) llegó a reportar prevalencias cercanas al 3%[35]. A partir de ahí, la mayor parte de los estudios se han realizado a partir de los datos de bancos de sangre, reportando entre 2001 y 2014 (antes de que el tamizaje para HTLV 1 y 2 en sangre donada en Colombia alcanzara el 100%), un porcentaje de unidades reactivas para este virus del 0,3% (15.480/5.105.159 unidades tamizadas), siendo los departamentos de Chocó, Córdoba, Cauca, Antioquia, Caldas, Casanare y Magdalena los de mayor prevalencia[36].

Entre 2019 y 2023, se confirmaron 1.649 casos de infección por HTLV ½ de 4.560.912 donaciones aceptadas en todo el país (0,036% de unidades reactivas), la mayoría de estas en bancos de sangre del Valle del Cauca, Bogotá D.C., Atlántico y Antioquia (información extraída de las bases de datos 2019-2023 de SIHEVI del Instituto Nacional de Salud), resaltando la importancia de la migración interna de áreas endémicas a áreas no endémicas, a pesar de la selección que se hace de donantes con el menor riesgo posible.

Aunque no existe una profilaxis posexposición para el HTLV 1/2, identificar si una persona ya tenía la infección o la adquirió después de una exposición, le permite tomar decisiones informadas para prevenir su transmisión a otras personas y estar en seguimiento para la detección oportuna de las complicaciones antes descritas.

5.5. Fuente

Actúan como fuente, los individuos, materiales biológicos (como tejidos o fluidos), elementos o sustancias que podrían ser vías de transmisión para el VIH, VHB, VHC y otras ITS. Las fuentes pueden ser diferentes o comunes entre las diversas infecciones, en función de las características del microorganismo causante de las mismas.

5.5.1. Fuentes para VIH y supervivencia del virus

Se consideran fluidos potencialmente infecciosos la sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido pleural, líquido peritoneal, líquido pericárdico y líquido amniótico. También lo pueden ser los tejidos, órganos, cultivos celulares y los concentrados de virus de laboratorio. No se consideran infecciosos para VIH el sudor, el esputo, la orina, las heces, el vómito, las secreciones nasales, la saliva ni las lágrimas, a menos que estén visiblemente contaminadas con sangre.

El VIH es muy lábil a cambios de pH y humedad en el ambiente, su sobrevida usualmente es de pocos minutos a horas y no puede multiplicarse.

5.5.2. Fuentes para VHB y supervivencia del virus

Son fuentes para el VHB fluidos como la sangre, el semen, las secreciones vaginales, la saliva, la leche materna, el calostro y líquidos corporales tales como cefalorraquídeo, pleural, pericárdico, peritoneal, ascítico, amniótico o sinovial; también se puede transmitir por tejidos u órganos no fijados pero contaminados. La orina no es infecciosa para el VHB a menos que esté contaminada con sangre.

Las concentraciones del virus varían de alta en sangre y en secreciones de heridas; moderada en semen y fluido vaginal; y bajas en saliva. Sobrevive en sangre seca durante largos períodos, incluso semanas (en promedio 10 días); en superficies ambientales es estable hasta siete días a 25ºC. Dado que permanece hasta una semana en superficie inanimada[18], se puede esparcir fácilmente si se comparten objetos como toallas, cuchillas, navajas, cepillos de dientes y elementos cortopunzantes; los títulos de virus pueden ser altos aun cuando la sangre no sea visible.

5.5.3. Fuentes para VHC y supervivencia del virus

Son fuentes para el VHC la sangre, productos sanguíneos y fluidos corporales, tejidos o equipos contaminados con sangre infectada por el VHC. Además, es detectable en mucosas rectal y vagina, rutas de infección claramente establecidas[37].

Se han descrito tiempos variables de su supervivencia fuera del huésped a temperatura ambiente y puede sobrevivir en superficies secas y en equipos hasta por 6 semanas, lo que genera un mayor riesgo potencial para la infección[38].

5.5.4. Fuentes para otras ITS

Son fuentes para otros microorganismos de transmisión sexual, fluidos como la sangre, el semen y las secreciones vaginales.

5.6. Kit de Profilaxis Posexposición

Es el conjunto de pruebas rápidas y medicamentos necesarios para la prevención posexposición del VIH, la hepatitis B, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no planeado/no deseado o producto de la violencia sexual. Dadas las diferencias en presentaciones de medicamentos y dosis, los kits se organizan en dos tipos:

- Kit de profilaxis posexposición para niños, niñas y adolescentes menores de 13 años
- Kit de profilaxis posexposición para adultos y adolescentes de 13 años y más.

Los kits deben estar disponibles las 24 horas del día en todas las instituciones que cuentan con servicio de urgencias de cualquier nivel de complejidad. Cuando se ofrece la profilaxis posexposición en otros servicios tales como consulta prioritaria o consulta de PrEP, también se deberá contar con el kit en dichos servicios, siguiendo las indicaciones de este protocolo.

5.7. Poblaciones Clave en la infección por VIH

Son grupos poblacionales que, "por sus comportamientos específicos de gran riesgo, presentan una especial susceptibilidad a contraer la infección por el VIH, independientemente del tipo de epidemia y del contexto locales." OMS prioriza

en sus directrices los siguientes grupos: 1) los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; 2) las personas que consumen drogas inyectables; 3) las personas recluidas en prisión y otros entornos cerrados; 4) los trabajadores sexuales de ambos sexos, y 5) las personas trans y de género diverso[39].

5.8. Tratamiento profiláctico posexposición

Se refiere al manejo terapéutico farmacológico y otras medidas encaminadas a reducir la probabilidad de que las personas expuestas ante las ITS, el VIH o las hepatitis B y C adquieran dichas infecciones. Cuando la fuente es positiva para el VIH, la decisión de tratamiento profiláctico estará determinada por condiciones adicionales como si, la persona que vive con VIH recibe tratamiento antirretroviral, y si el virus en su sangre se encuentra detectable o indetectable.

5.8.1. Carga viral del VIH

Es la cantidad de VIH en muestras de sangre; se reporta como el número de copias de ARN del VIH por mililitro. La meta de la TAR es suprimir la carga a un nivel indetectable, es decir, tan bajo para que el virus no pueda ser detectado por una prueba molecular o de amplificación de los ácidos nucleicos del virus. En los algoritmos de diagnóstico se considerará **positiva (o detectable)** cualquier prueba cuyo resultado esté por encima del límite de detectabilidad de la prueba utilizada, **o negativa (o indetectable)** en caso contrario[18,40]. Por tal razón, es importante verificar el punto de corte de la prueba utilizada.

5.8.2. Indetectable = intransmisible

El riesgo de infección depende de muchos factores como: el tipo de exposición, el tiempo transcurrido desde la exposición, las características de la fuente, la carga viral de la persona que vive con VIH, entre otros. En el contexto de la infección por VIH, la evidencia científica ha demostrado que una persona que vive con VIH (PVV), que está recibiendo TAR y tiene carga viral indetectable de manera continua, *no transmite el virus por vía sexual* (indetectable=Intransmisible)[27,41].

6. MANEJO DE LA EXPOSICIÓN DE RIESGO BIOLÓGICO

Una vez se ha presentado una exposición de riesgo biológico, sea ocupacional o no ocupacional, es necesario hacer una caracterización de la exposición, el análisis del riesgo de transmisión y la toma de decisión frente a iniciar o no la profilaxis, **evitando la revictimización de las personas afectadas o actitudes de estigma o actos de discriminación,** particularmente en los casos de exposiciones no ocupacionales.

En caso de requerirse profilaxis, esta se debe iniciar lo antes posible luego de la exposición y dentro de los tiempos adecuados para garantizar la eficacia de la prevención en cada infección. En el caso de VIH, ésta debe iniciarse en las primeras 24 horas y no más allá de las 72 horas de ocurrido el evento[18,22].

Para hacer la caracterización de la exposición y análisis del riesgo de transmisión, se deben tener en cuenta los datos clínicos y sociodemográficos relevantes de la persona expuesta y de la fuente de exposición, así como el mecanismo o forma de exposición.

Respecto a la persona expuesta es importante definir si es mayor o menor de 13 años, si es gestante o no gestante, sus antecedentes médicos, así como sus antecedentes de vacunación y su respuesta inmunológica a la vacunación contra la hepatitis B.

En los casos de violencia sexual será indispensable la activación de las rutas de protección y justicia, conforme a lo establecido en el protocolo y modelo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual vigente, y atenciones complementarias como toma de muestras para medicina legal, atenciones en salud mental, entre otras.

En caso de que un menor de 14 años solicite PEP sin el acompañamiento de un adulto responsable, se debe realizar la atención y notificar el caso a las

autoridades de protección y justicia para la indagación pertinente, conforme al protocolo de atención a víctimas de violencia sexual vigente.

Para las personas con discapacidad, se tomará el consentimiento informado acorde con sus características, teniendo en cuenta los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias de que trata la Resolución 1904 del 2017[42] o aquella que la modifique o sustituya.

En relación con la fuente de exposición es importante determinar si es una fuente conocida o desconocida, y en el caso de que sea conocida, determinar cuál es su estatus frente al VIH, VHB, VHC, sífilis y otras ITS. Asimismo, determinar el tratamiento que recibe la fuente en los casos que aplique.

Finalmente, se debe **determinar el mecanismo de exposición**, **datos del tipo de fluido de contacto y el tiempo de evolución de la exposición** en horas y minutos. La información que debe conocerse en cada caso puede resumirse de la siguiente manera:

Tabla 3. Caracterización de la exposición de riesgo ocupacional o no ocupacional[29]

Información		Descripción
Persona expuesta	**Información sociodemográfica y clínica**	• Definir si es mayor o menor de 13 años. • Definir si es una persona gestante o no gestante. • **Antecedentes médicos:** determinar si tiene diagnóstico documentado de VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis u otras ITS, enfermedad renal o hepática (estas últimas se deben tener en cuenta a la hora de definir la profilaxis, en caso de necesitarse). Establecer sus antecedentes de vacunación y su respuesta inmunológica a la vacunación.
	Datos de vacunación de la persona expuesta con respecto a la hepatitis B	Determinar si la persona está vacunada o nunca ha recibido vacunación contra la hepatitis B y, si es posible, determinar los títulos de anticuerpos contra el antígeno de superficie del VHB al momento de la exposición.

Información		Descripción
	Pruebas Paraclínicas*	• Prueba rápida de VIH de antígenos y anticuerpos (pruebas de 4ª generación), de acuerdo con los algoritmos de diagnóstico vigentes. • **Pruebas para hepatitis B:** prueba rápida para el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) y, **cuando están disponibles**, las pruebas de anticuerpos contra el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (anti HBs) y los anticuerpos totales contra el antígeno core del virus de la hepatitis B (anti HBc total). • Prueba rápida de anticuerpos contra el VHC. • Prueba rápida treponémica para sífilis. • Anticuerpos totales anti-HTLV 1-2. • Prueba de embarazo. ***Nota:*** *otras pruebas paraclínicas se deben realizar de acuerdo con la valoración particular de cada persona expuesta.*
Fuente	**Características de la fuente**	• Determinar si es una fuente conocida o desconocida. • En la medida de las posibilidades, se debe conocer la situación serológica de la fuente frente a las ITS, al VIH, el VHB y el VHC. • Si la fuente es positiva para VIH, se debe indagar si se encuentra en terapia antirretroviral, el esquema de TAR que recibe, su historia farmacológica, motivos de cambio de tratamiento (resistencias, intolerancia o toxicidad) y resultados de carga viral durante los últimos seis meses.
Características de la exposición	**Tipo de exposición**	Determinar el tipo de exposición acorde con las siguientes clasificaciones: • Ocupacional o no ocupacional • Percutánea, mucosas o piel • Parenteral, sexual o materno-infantil **NOTA:** La profilaxis posexposición por vía materno-infantil, tanto para VIH como para hepatitis B, no se cubre en este documento. Consultar las guías de práctica clínica de VIH y hepatitis B vigentes y el lineamiento técnico de la estrategia ETMI Plus.

Información		Descripción
	Mecanismo de exposición	Establecer cuál fue el mecanismo de exposición, por ejemplo, si fue por punción percutánea, definir la profundidad de la punción (a mayor profundidad, mayor riesgo); el material que ocasionó la punción (agujas huecas -mayor riesgo-, agujas de sutura, bisturís u otros objetos cortopunzantes).
	Tipo de fluido de contacto	Determinar si se trata de un fluido potencialmente infectante o no.
	Tiempo transcurrido desde la exposición de riesgo	Definir el tiempo transcurrido desde la exposición. **Esto es crucial dado que la eficacia de la profilaxis posexposición depende de que ésta se inicie en el tiempo adecuado, por ejemplo:** • Para el caso del VIH, la profilaxis debe iniciarse antes de 72 horas; si han pasado 72 horas o más desde la exposición, no se recomienda realizar profilaxis para VIH[29,43,44]. • Personas no vacunadas para hepatitis B o con esquemas de vacunación incompletos deben recibir la vacuna y la gammaglobulina, preferiblemente en las primeras 24 horas. Aunque no se tiene un límite de tiempo establecido durante el cual la profilaxis posexposición sea efectiva, se estima que no supere los 7 días después de exposiciones percutáneas y los 14 días después de exposiciones sexuales[24]. • En el caso de la anticoncepción de emergencia, el límite de tiempo es 72 horas para la anticoncepción con anticonceptivos orales (Levonorgestrel) o hasta de 120 horas añadiendo un Dispositivo Intra-Uterino (T de Cobre) (ver capítulo 7).

Fuente: Modificado de Documento Consenso PEP, GESIDA, 2015[29].
*Pruebas paraclínicas actualizadas por consenso de expertos para esta versión del protocolo.

6.1. Recomendaciones generales ante una exposición de riesgo biológico

A continuación, se presentan las recomendaciones generales para valorar la necesidad de PEP, de acuerdo con aquellas dispuestas por el Consenso Gesida 2015[29], y el consenso de expertos en Colombia en 2022:

Tabla 4. Recomendaciones generales ante una exposición de riesgo biológico

Recomendaciones generales		
1 Tras la exposición accidental, las heridas y la piel expuesta deben ser lavadas con agua y jabón. Por otra parte, tras un pinchazo accidental, nunca debe exprimirse la zona del pinchazo. *Recomendación fuerte a favor, calidad de evidencia moderada[29].*	**2** En el caso de exposiciones a fluidos potencialmente infectantes por mecanismos diferentes a la vía sexual, el sitio corporal (piel) donde ocurrió la exposición debe ser lavado con agua y jabón. Si el área expuesta es mucosa, la irrigación se hace solo con agua (IIIA). No existe evidencia que soporte el uso de antisépticos, pero tampoco están contraindicados. No se recomienda el uso de corrosivos o cáusticos[29].	**3** Una vez ocurrida la exposición, la persona expuesta debe acudir al servicio de urgencias de inmediato. Se debe llenar un reporte en el Formato Único de Reporte de Accidente del Trabajo-FURAT – para el caso de exposiciones de riesgo biológico ocupacional.
4 Las personas que sufren una exposición accidental deben ser evaluadas lo antes posible para valorar si está indicada la Profilaxis posexposición (PEP). *Recomendación fuerte a favor, calidad de evidencia moderada[29]*	**5** Todo el proceso de evaluación y toma de decisiones debe hacerse en las horas inmediatamente siguientes a la exposición (IIA). La evaluación debe considerar posible riesgo de transmisión de otros patógenos (sífilis, hepatitis B, hepatitis C) (IIA)[29].	**6** Cuando se produce una exposición al VIH, con independencia de si se realiza o no PEP, todos los procedimientos e intervenciones deben estar claramente registrados en la historia clínica. *Recomendación fuerte a favor, calidad de evidencia moderada[29].*

Recomendaciones generales		
7 Se recomienda iniciar PEP lo antes posible tras la exposición al VIH, preferiblemente en las primeras 24 horas, pero no más allá de las 72 horas. *Recomendación fuerte a favor, calidad de la evidencia moderada*[22, 29].	**8** En general, se recomienda iniciar PEP si la fuente es positiva para el VIH, con carga viral detectable, si es una fuente desconocida, o si no se sabe el estatus de VIH. *Recomendación débil, baja calidad de la evidencia*[29].	**9** Se recomienda realizar PEP en las exposiciones con riesgo alto o apreciable (ver Tablas 5-11). *Recomendación fuerte a favor, calidad de la evidencia baja*[29].
10 Se recomienda dar PEP en casos de exposición *NO SEXUAL* con fuente VIH positiva y carga viral indetectable. Para estos casos, se recomienda en lo posible, contar con la participación de un médico experto o infectólogo que apoye dicha decisión. *Decisión tomada en consenso de expertos de Colombia.* **NOTA:** Esta recomendación está sustentada en que los estudios que soportan el principio de indetectable = intransmisible solo tienen evidencia para la transmisión sexual del VIH.	**11** Se recomienda valorar individualmente la necesidad de PEP en las exposiciones con riesgo bajo o mínimo (ver Tablas 5-11). *Recomendación débil, baja calidad de la evidencia*[29].	**12** No se recomienda realizar PEP en las exposiciones con riesgo nulo o despreciable (ver Tablas 5-11). *Recomendación fuerte en contra, calidad de la evidencia baja*[29].
13 No se recomienda dar PEP en los casos de exposición sexual en que la fuente es positiva para VIH, pero cuenta con una carga viral indetectable con un máximo de dos semanas de realizada y la fuente refiera no haber suspendido el tratamiento antirretroviral con el cual alcanzó la indetectabilidad*.	**14** La PEP debe interrumpirse si se confirma según los algoritmos diagnósticos vigentes, que la **persona fuente** es negativa para el VIH. *Recomendación fuerte en contra, calidad de la evidencia baja*[29].	**15** Se deben recomendar a la persona expuesta, prácticas que permitan evitar la posible transmisión del VIH a terceros durante el período de seguimiento, mediante la utilización de condón, entre otros (IIIA).

Recomendaciones generales		
Decisión tomada en consenso de expertos de Colombia y revisada durante la construcción del documento PrEP, junio 2023, y la vía clínica de VIH del 2024.		Igualmente, se debe dar soporte emocional a la persona expuesta y a su familia. La persona expuesta no debe donar sangre u órganos durante el período de seguimiento (ver tabla 27), para prevenir la posible transmisión de ITS, VIH o hepatitis B o C[29].
16 En el caso de exposiciones de riesgo tras violencia sexual, se deben seguir las indicaciones del Protocolo vigente de *Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual* – del Ministerio de Salud y Protección Social.		

Fuente: Modificado del Documento de Consenso sobre PEP ocupacional y no ocupacional, GESIDA, 2015[29]; ratificado en consenso de expertos de Colombia llevado a cabo en noviembre 2022 y contrastado con recomendaciones de *World Health Organization. Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis.* 2024 [22].

NOTAS:

*Para decidir NO dar PEP en los casos de exposición sexual con fuente positiva se deben cumplir las siguientes condiciones:

- La persona toma tratamiento antirretroviral, es adherente y no ha suspendido o tenido fallas en la toma o dispensación del tratamiento antirretroviral con el cual alcanzó la indetectabilidad.
- La carga viral ha sido indetectable durante los últimos 6 meses de forma continua.
- La última carga viral indetectable fue realizada en las últimas 2 semanas.
- La persona no ha recibido vacunas o estado enferma, por ejemplo, con una virosis, en el último mes (esto puede generar replicación viral aún en personas adherentes).

6.2. Exposición Ocupacional: evaluación del riesgo

El riesgo de transmisión después de una ERB-O depende de varios factores, como el estado serológico del trabajador, el tipo de exposición, el estado serológico de la fuente, el estado virológico de la fuente, y la cantidad probable de virus presente en el inóculo, así como el tiempo que ha transcurrido desde la

exposición. Por ejemplo, se ha demostrado que la exposición a cargas virales elevadas de VIH se asocia con un mayor riesgo de transmisión de la infección[29,45]. Por esta razón, se hace necesario evaluar cuidadosamente el riesgo de transmisión en cada caso particular para determinar cómo proceder y definir la necesidad de profilaxis posexposición.

A continuación, se presentan las recomendaciones generales para valorar la necesidad de PEP de acuerdo con el tipo de exposición:

Tabla 5. Evaluación del riesgo en una exposición ocupacional[29]

Tipo de Exposición	Tipo de Fluido, potencialmente infectante o no infectante	Recomendación
Percutánea	Sangre [a] * Riesgo muy alto ** Riesgo alto *** Riesgo no alto	* Iniciar PEP ** Iniciar PEP *** Iniciar PEP
	Líquido con presencia de sangre, otros fluidos potencialmente infectantes [b] o tejidos.	Iniciar PEP.
	Otros líquidos corporales no infectantes [d].	No se recomienda PEP
Mucosas	Sangre	Valorar individualmente [e]
	Líquido con presencia de sangre, otros fluidos potencialmente infecciosos [b] o tejidos	Valorar individualmente [e]
	Otros líquidos corporales no infectantes [d]	No se recomienda PEP
Piel alto riesgo [c]	Sangre	Valorar individualmente [e]
	Líquido con presencia de sangre, otros fluidos potencialmente infectantes [b] o tejidos.	Valorar individualmente [e]
	Otros líquidos corporales no infectantes [d]	No se recomienda PEP

Fuente: Modificado de Documento de Consenso de PEP, GESIDA 2015[29]

[*] Se describen a continuación el significado de los niveles de riesgo en las exposiciones percutáneas a sangre

[*] **Riesgo muy alto:** accidente con gran volumen de sangre (pinchazo profundo con aguja hueca utilizada en acceso vascular del paciente) y con carga viral VIH detectable.

** **Riesgo alto:** accidente con alto volumen de sangre o accidente con sangre que contiene carga viral VIH detectable.

Riesgo no alto:** accidente en el que ***no **se da exposición** a gran volumen de sangre ni a sangre con carga viral de VIH detectable (pinchazo con aguja de sutura de paciente con carga viral indetectable).

[b] Los fluidos corporales potencialmente infectantes incluyen sangre, fluidos que contengan sangre visible, semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo (LCR) y líquidos: pleural, pericárdico, peritoneal, sinovial, amniótico y leche humana.

[c] Contactos cutáneos de alto riesgo cuando se trata de líquidos con carga viral VIH detectable, el contacto es muy prolongado, el área es extensa o hay zonas de piel no íntegra.

[d] Los fluidos corporales no infectantes incluyen la orina, heces, saliva, vómitos, secreciones nasales, lágrimas, sudor y esputo, si no contienen sangre visible.

[e] Valorar individualmente cada caso.

En general recomendar PEP. Sin embargo, en los casos de exposición **SEXUAL**, cuando la carga viral de VIH de la fuente es indetectable, soportado con un examen de carga viral realizado máximo dos semanas antes de la exposición, y la fuente refiera no haber suspendido el tratamiento antirretroviral con el cual alcanzó la indetectabilidad (ver notas de la tabla 11. Recomendaciones de Profilaxis posexposición no ocupacional), **se puede considerar no realizar PEP porque el riesgo de transmisión es muy bajo.**

Si la exposición es **NO SEXUAL** con fuente VIH positiva y carga viral indetectable, **se recomienda dar PEP.**

6.3. Exposición Ocupacional: recomendaciones

A continuación, se presentan las recomendaciones que se deben seguir para iniciar la profilaxis ante una ERB-O, y su nivel de evidencia correspondiente, según el Documento Consenso de Profilaxis Posexposición de GESIDA, 2015[29]:

Tabla 6. Recomendaciones ante una exposición de riesgo biológico ocupacional

Recomendaciones ante una ERB-O[29]	
Riesgo ocupacional de transmisión de VIH	
1	Es importante intentar conocer la situación serológica frente al VIH de la persona fuente, los resultados se han de conocer preferiblemente en las primeras 2 horas. *Recomendación fuerte a favor, calidad de evidencia alta.*
2	En caso de que el paciente fuente tenga infección por el VIH conocida, es fundamental conocer la carga viral, el esquema de TAR (si lo recibe), así como la historia farmacológica y los motivos de cambio de tratamiento (resistencias, intolerancia o toxicidad) del paciente. *Recomendación fuerte a favor, calidad de evidencia alta*.
3	Si no se puede conocer la situación serológica del paciente fuente, se considerará como de alto riesgo y se debe iniciar PEP. *Recomendación fuerte a favor, calidad de evidencia moderada.*
4	La PEP ha de iniciarse lo antes posible tras la ERB-O al VIH, preferiblemente en las primeras 24 horas, y no más allá de las primeras 72 horas de la exposición. *Recomendación fuerte a favor, calidad de evidencia moderada.*
5	En las ERB-O percutáneas a sangre con riesgo alto y muy alto se recomienda realizar PEP. *Recomendación fuerte a favor, calidad de la evidencia moderada.*
6	En las ERB-O percutáneas a sangre con menor riesgo o a otros fluidos corporales potencialmente infectantes se recomienda realizar PEP, aunque, si la carga viral de la fuente es indetectable se puede considerar no realizarla. *Recomendación fuerte a favor, calidad de la evidencia baja.*
7	En las ERB-O con mucosas o con piel de alto riesgo a sangre y a otros fluidos corporales potencialmente infectantes se recomienda realizar PEP, aunque, si la carga viral de la fuente es indetectable se puede considerar no realizarla. *Recomendación débil a favor, calidad de la evidencia baja.*
8	En las ERB-O a fluidos corporales no infectantes no se recomienda realizar PEP.

Recomendaciones ante una ERB-O[29]	
Riesgo ocupacional de transmisión de VIH	
	Recomendación fuerte en contra, calidad de la evidencia baja.
9	La PEP para VIH debe interrumpirse **si se confirma, según los algoritmos diagnósticos vigentes,** que el paciente fuente es VIH negativo. *Recomendación fuerte a favor, baja calidad de evidencia.*
Riesgo ocupacional de transmisión de VHB y VHC	
1	En el caso del VHB la actuación y la PEP depende de la situación tanto del paciente fuente como de la persona expuesta (ver la tabla 25). *Recomendación fuerte, moderada calidad de evidencia.*
2	Si la pauta de vacunación frente al VHB es correcta (es decir, si la persona cuenta con esquema de vacunación completo o anticuerpos contra el antígeno de superficie de hepatitis B, según la tabla 25), no debe efectuarse seguimiento, salvo por las posibles implicaciones legales. En estos casos debe realizarse estudio serológico frente al VHB al inicio y a los 6 meses. *Recomendación fuerte, baja calidad de evidencia*.
3	En el caso del VHC no existe una PEP eficaz, por lo que debe asegurarse un diagnóstico precoz de una posible infección aguda en la persona expuesta, para poderla tratar cuanto antes. *Recomendación fuerte, muy baja calidad de evidencia*.

Fuente: Modificado de Documento de Consenso de PEP, GESIDA 2015[29]

6.4. Exposición No Ocupacional: evaluación del riesgo

Al igual que en las exposiciones ocupacionales, el riesgo de transmisión después de una exposición de riesgo biológico no ocupacional depende de varios factores tales como: el estado serológico de la persona expuesta, el tipo de exposición, el estado serológico de la fuente, el estado virológico de la fuente y la cantidad de virus presente en el inóculo, así como el tiempo que ha transcurrido desde la exposición[29,45]. Por esta razón, **se hace necesario evaluar cuidadosamente**

el riesgo de transmisión en cada caso particular para determinar cómo proceder y definir la necesidad de PEP.

Para el caso del VIH, en la literatura científica existen diversos estudios que han realizado la estimación del riesgo de transmisión, teniendo en cuenta variables como la prevalencia del virus, el tipo de exposición, el fluido con el que se ha tenido contacto y el uso de condón en las exposiciones sexuales, entre otras[46, 47]

En las siguientes tablas se describen las probabilidades de infección con VIH posterior a una exposición al virus en función del tipo de fuente, el mecanismo de exposición o ambas:

Tabla 7. Probabilidad estimada de adquirir la infección por VIH de una fuente infectada, según la vía de exposición[29]

Tipo de exposición	Riesgo por 10.000 exposiciones a una fuente infectada (IC 95%)
Parenteral	
a. Transfusión sanguínea **b.** Compartir agujas entre PID **c.** Pinchazo percutáneo con una aguja	a. 9.250 (8.900 – 9.610) b. 63 (41 - 92) c. 23 (0 - 46)
Sexual	
a. Receptivo anal **b.** Insertivo anal **c.** Coito receptivo pene-vagina **d.** Coito insertivo pene-vagina **e.** Oral receptivo **f.** Oral insertivo	a. 138 (102 - 186) b. 11 (4 - 28) c. 8 (6 - 11) d. 4 (1 - 14) e. Bajo, pero no cero (0 - 4) f. Bajo, pero no cero (0 - 4)
Materno-infantil	
a. Madre a hijo/a (sin TAR)	a. 2.260 (1.700 – 2.900)

Fuente: Tomado de Documento Consenso de PEP, GESIDA 2015[29].

Tabla 8. Riesgo estimado de infección tras exposición sexual con *fuente VIH+*, sin uso de preservativo, rotura o mal uso de este[29]

Riesgo estimado de infección			
Considerable (0,8 a 3%)	**Bajo** (0,05 a 0,8%)	**Mínimo** (0,01 a 0,05%)	**Despreciable/ nulo** (<0,01%)
Recepción anal con eyaculación	• Recepción vaginal con o sin eyaculación • Recepción anal sin eyaculación • Penetración anal • Penetración vaginal • Relación oro-genital con eyaculación	• Sexo oro-genital a hombre sin eyaculación • Sexo oro-genital a mujer	• Besos • Caricias • Masturbación • Contacto con secreciones con piel íntegra

Fuente: Tomado del Documento Consenso de PEP, GESIDA, 2015[29].

Estado Virológico de la Fuente VIH (+): Indetectable = intransmisible:

Actualmente se tiene la evidencia de que una persona que vive con VIH (PVV) que está recibiendo TAR y tiene carga viral indetectable no transmite el virus ***por vía sexual*** (indetectable=Intransmisible)[26,48].

Por tal razón, para este protocolo se define que, en los casos de exposición por vía sexual, con fuente positiva para VIH se puede decidir **NO dar PEP** cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- La persona toma terapia antirretroviral, es adherente y no ha suspendido o tenido fallas en la toma o dispensación del tratamiento antirretroviral con el cual alcanzó la indetectabilidad.
- La carga viral ha sido indetectable durante los últimos 6 meses de forma continua.
- La última carga viral indetectable fue realizada en las últimas 2 semanas.
- La persona no ha recibido vacunas o estado enferma, por ejemplo, con una virosis, en el último mes (esto puede generar replicación viral aún en personas adherentes).

Si la exposición es por una **vía diferente a la SEXUAL** con fuente VIH positiva y carga viral indetectable, **se recomienda dar PEP.**

Tabla 9. Riesgo estimado de infección tras exposición sexual con *fuente VIH desconocida*, sin uso de preservativo, rotura o mal uso de este[29]

Riesgo estimado de infección		
Bajo* (0,8 a 3%)	**Mínimo*** (0,05 a 0,8%)	**Despreciable/nulo** (0,01 a 0,05%)
Recepción anal con eyaculación	• Recepción anal sin eyaculación • Recepción vaginal con o sin eyaculación • Penetración anal • Penetración vaginal • Relación sexual oral con o sin eyaculación.	• Besos • Caricias • Masturbación • Contacto con secreciones con piel integra.

Tomado de Documento Consenso de PEP GESIDA, 2015[29].

* El riesgo es mayor si la fuente tiene alta probabilidad de estar infectada por el VIH (por ejemplo, pertenece a una población clave). En general, el riesgo bajo pasa a ser considerable y el riesgo mínimo pasa a ser bajo en pacientes cirróticos.

Tabla 10. Riesgo estimado de infección por VIH tras diferentes tipos de exposición parenterales con *fuente VIH+ o desconocida*[29]

Riesgo estimado de infección		
Considerable (0,8 a 3%)	**Bajo** (0,05 a 0,8%)	**Mínimo** (0,01 a 0,05%)
• Compartir jeringuillas o agujas usadas. • Pinchazo profundo o con abundante sangrado con jeringa, de forma inmediata tras uso **por fuente desconocida.**	• Uso de jeringuilla de origen desconocido. • Pinchazo superficial tras uso por caso fuente. • Contacto abundante con sangre del caso fuente con mucosas del sujeto afectado.	• Compartir otros elementos utilizados para inyección (recipiente, cuchara, algodón, filtro, etc.). • Pinchazo accidental con poco sangrado con aguja de jeringa de procedencia desconocida.

Tomado de Documento Consenso de PEP GESIDA, 2015[29].

Además de las situaciones descritas anteriormente, es importante considerar aquellas otras condiciones que puedan aumentar el riesgo de transmisión[29,46]:

- **El grado de infectividad de la persona fuente:** ésta es mayor si la persona fuente está en una fase aguda de infección por VIH, si hay presencia de enfermedad avanzada con niveles bajos de CD4+ (<350 células/ml) o si hay ocurrencia de eventos de SIDA en caso de que dicha fuente no esté recibiendo TAR; también es mayor en los casos en los que la fuente tenga una carga viral del VIH >5.000 copias/mL.[29]

- **La presencia de factores como sangrado, menstruación, úlceras que sangran o Infecciones de Transmisión Sexual** (ITS)[29,46].

Dada la variabilidad de las circunstancias en cada exposición, es importante hacer siempre una valoración del riesgo de manera individualizada.

6.5. Exposición No Ocupacional: recomendaciones

A continuación, se presentan las recomendaciones para tener en cuenta en el inicio de la profilaxis posexposición no ocupacional, de acuerdo con aquellas dispuestas por el Consenso Gesida 2015[29] y el Consenso de Expertos de Colombia:

Tabla 11. Recomendaciones de Profilaxis posexposición No ocupacional[29]

Tipo de exposición	Riesgo de transmisión según fuente	Recomendación
• Relación sexual anal o vaginal, receptiva o insertiva, sin preservativo o mal uso de este. • Compartir jeringuillas o agujas con personas que se inyectan drogas. • Pinchazo percutáneo con exposición a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes **(1)** • Mordeduras humanas con solución de continuidad en la piel y presencia de fluidos potencialmente infectantes.	**Exposiciones con riesgo de transmisión apreciable** • Fuente VIH positiva con Carga Viral Plasmática (CVP) detectable o desconocida **(3)** • Fuente VIH desconocido con factores de riesgo **(4)**	**Recomendar PEP**
	Exposiciones con riesgo de transmisión bajo o mínimo • VIH positivo con CVP indetectable • VIH desconocido sin factores de riesgo.	**Valorar individualmente (5)**
• Relación sexual oro genital (pene, vagina, ano), receptiva o insertiva, con o sin eyaculación, sin preservativo u otro método de barrera o mal uso de este. • Exposición de otras mucosas o de piel no intacta a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes **(1)**	**Exposiciones con riesgo de transmisión bajo o mínimo** • VIH positivo con CVP detectable, indetectable o desconocida. • VIH desconocido con factores de riesgo. • VIH desconocido sin factores de riesgo.	**Valorar individualmente (5)**

Tipo de exposición	Riesgo de transmisión según fuente	Recomendación
• Cualquier tipo de exposición con fluidos no infectantes **(2)** • Exposiciones sobre piel intacta. • Mordeduras sin rotura de piel ni sangrado: • Besos. • Reanimación boca a boca sin lesiones mucocutáneas. • Caricias. • Masturbación sin rotura de piel.	**Exposiciones con riesgo de transmisión despreciable o nulo:** • VIH positivo con CVP detectable o indetectable y VIH desconocido con o sin factores de riesgo	**PEP no recomendada**

Fuente: Modificado de Documento Consenso de PEP, GESIDA, 2015[29].

(1) Sangre, Fluidos que contengan sangre visible, semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, pleural pericárdico, peritoneal, sinovial, amniótico, y leche humana.

(2) Orina, heces, saliva, vómitos, secreciones nasales, lágrimas, sudor y esputo, si no contienen sangre visible.

(3) Cuanto mayor sea la CVP (Carga viral plasmática) mayor es el riesgo de transmisión.

(4) Poblaciones con prevalencia de VIH mayor a la reportada para la población general (HSH, PID, mujeres transgénero, personas en situación de calle, personas que realizan actividades sexuales pagas); antecedentes de ingreso en centros penitenciarios; natural o procedente de un país con una prevalencia de VIH superior al 1% (Haití, Bahamas, Jamaica, Belice, Trinidad y Tobago, Estonia, Rusia, Tailandia y África subsahariana); agresores sexuales.

(5) Valorar individualmente cada caso. En general se recomienda iniciar PEP si la fuente es VIH+ con CVP detectable o desconocida o si es VIH desconocido con factores de riesgo.

Si la fuente es VIH positivo (+) y la exposición fue sexual anal o vaginal, sin protección, se puede considerar no dar PEP si se cumplen las siguientes condiciones:

- La persona toma terapia antirretroviral, es adherente y no ha suspendido o tenido fallas en la toma o dispensación del tratamiento antirretroviral con el cual alcanzó la indetectabilidad.
- La carga viral ha sido indetectable durante los últimos 6 meses de forma continua.
- La última carga viral indetectable fue realizada en las últimas 2 semanas.
- La persona no ha recibido vacunas o estado enferma, por ejemplo, con una virosis, en el último mes (esto puede generar replicación viral aún en personas adherentes).

Si la fuente es VIH desconocido sin factores de riesgo, se debe valorar individualmente y se podría considerar no realizar PEP dado que el riesgo de transmisión es bajo.

7. PROFILAXIS POSEXPOSICIÓN Y SITUACIONES ESPECIALES

7.1. Componentes del kit de profilaxis posexposición.

Los servicios de urgencias de cualquier nivel de complejidad y otros servicios en los cuales se oferte la profilaxis posexposición (por ejemplo, las instituciones que ofrecen PrEP o consulta prioritaria), **deben contar mínimo con 2 Kits para personas de 13 años o más y 2 Kits para menores de 13 años** y garantizar un monitoreo permanente que asegure su reposición por uso o por cumplimiento de la fecha de expiración de sus componentes inmediatamente.

El número de kits puede ser mayor, acorde con el histórico de personas que acude a la institución solicitando este tipo atenciones.

El kit de profilaxis posexposición aquí descrito se utiliza tanto en exposiciones ocupacionales como en exposiciones no ocupacionales, entre las cuales se encuentra la violencia sexual.

Nota 1: Los medicamentos y pruebas para la profilaxis posexposición recomendados en este documento se basaron en la Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes[18] 2021; la GPC basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes[40] 2021; la vía clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH, Colombia 2024[20]; consensos de expertos realizados noviembre 2022; y las recomendaciones del documento *Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis*[22] 2024 de la Organización Mundial de la Salud.

En caso de que se emitan después de la publicación de este documento, nuevas directrices basadas en la evidencia que actualicen los esquemas de profilaxis posexposición en una nueva guía o vía clínica colombiana, se tomarán dichas recomendaciones para la toma de decisiones sobre los medicamentos a elegir en la profilaxis posexposición.

Nota 2: El Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual vigente[8], establece pautas esenciales en el manejo de las víctimas para disminuir el riesgo de transmisión del VIH, las hepatitis B y C y otras ITS secundarias a la violencia sexual. En este sentido, **las características del kit de profilaxis posexposición y los medicamentos correspondientes deben obedecer a lo dispuesto en el presente protocolo,** o los dispuestos por las guías o vía clínica de VIH, hepatitis virales e ITS que estén vigentes al momento de la atención del evento.

A continuación, se describe cómo debe estar compuesto el kit de profilaxis posexposición:

Tabla 12. Componentes de los kits para profilaxis posexposición

Componentes de 1 kit para profilaxis posexposición para mayores de 13 años (adolescentes y adultos)	
Las exposiciones de riesgo biológico deben ser **atendidas de manera prioritaria, en un lapso no mayor a dos horas desde el momento en que la persona se presenta al servicio** de urgencias de cualquier nivel de complejidad, consulta prioritaria u otro servicio desde el cual se ofrezca atención a estos casos. Estos servicios deben contar por lo menos con **2 kits para personas de 13 años o más (adolescentes y adultos).** La institución debe garantizar un monitoreo permanente que asegure su reposición por uso o por cumplimiento de la fecha de expiración de sus componentes.	
Cantidad	**Ítem**
2	*Pruebas rápidas para VIH que detecten antígenos y anticuerpos contra VIH (pruebas de cuarta generación) con sensibilidad superior al 99,5% + solución diluyente.
2	*Pruebas treponémicas rápidas para Sífilis + solución diluyente.

Componentes de 1 kit para profilaxis posexposición para mayores de 13 años (adolescentes y adultos)	
2	Pruebas rápidas para antígeno de superficie de hepatitis B + solución diluyente.
2	Pruebas rápidas para anticuerpos contra el virus de la hepatitis C + solución diluyente.
2	Pruebas rápidas de embarazo.
10	Diez lancetas.
10	Diez micropipetas para recolección de muestra de sangre total por punción capilar, para las pruebas rápidas de VIH, VHB, VHC y de sífilis
1	Un rotulador permanente para pruebas rápidas.
1	**Un esquema de medicamentos antirretrovirales para la profilaxis del VIH para adultos y adolescentes** (ver tabla 13) para 30 días de administración.
1	**Esquema completo de medicamentos antibióticos para la profilaxis de las ITS para adultos y adolescentes** (ver tablas 21 y 22).
1	**Profilaxis de la Hepatitis B:** Vacuna contra hepatitis B y Gammaglobulina contra VHB. Dado que estos insumos requieren cadena de frío, puede que no estén directamente en el servicio de urgencias dentro del kit o en la institución, sin embargo, debe existir un procedimiento escrito que indique los pasos a seguir para el suministro de estos biológicos de manera completa y oportuna en el menor tiempo posible, dentro de los tiempos establecidos para su aplicación como profilaxis posexposición. El procedimiento debe incluir los contactos telefónicos actualizados de las personas responsables de su entrega a cualquier hora del día o la noche, sea que se encuentren en otra área de la institución o los entregue el programa del PAI o el proveedor que indique la EAPB, según el responsable del suministro (ver cuadro de responsabilidades en el suministro de la vacuna y gammaglobulina). La dosis a administrar debe siempre verificarse en el inserto de la gammaglobulina disponible. (ver tablas 24 y 25).
1	**Anticoncepción de emergencia (para personas en capacidad de gestar en casos de exposición por vía sexual):** 1 esquema de progestina sintética de segunda generación (levonorgestrel) y 1 dispositivo intrauterino (DIU) T de cobre. (ver indicaciones de uso en la tabla 26)
N/A	Formatos o sistemas de control de inventario y de fecha de vencimiento.

Componentes de 1 kit para profilaxis posexposición para mayores de 13 años (adolescentes y adultos)	
N/A	Formatos o sistemas de información para el reporte de resultados de las pruebas rápidas.

* Se pueden utilizar pruebas duales (VIH y sífilis) para simplificar la logística y la aplicación del protocolo.

Componentes de 1 kit para profilaxis posexposición en niñas y niños menores de 13 años	
Las exposiciones de riesgo biológico deben ser **atendidas de manera prioritaria, en un lapso no mayor a dos horas desde el momento en que la persona se presenta al servicio** de urgencias de cualquier nivel de complejidad, consulta prioritaria u otro servicio desde el cual se ofrezca atención a estos casos. Estos servicios deben contar por lo menos con **2 Kits para niñas y niños menores de 13 años.** La institución debe garantizar un monitoreo permanente que asegure su reposición por uso o por cumplimiento de la fecha de expiración de sus componentes.	
Cantidad	**Ítem**
2	*Pruebas rápidas para VIH que detecten antígenos y anticuerpos contra VIH (pruebas de cuarta generación) con sensibilidad superior al 99,5% + solución diluyente.
2	*Pruebas treponémicas rápidas para Sífilis + solución diluyente.
2	Pruebas rápidas para antígeno de superficie de hepatitis B + solución diluyente.
2	Pruebas rápidas para anticuerpos contra el virus de la hepatitis C + solución diluyente.
2	Pruebas rápidas de embarazo.
10	Diez lancetas.
10	Diez micropipetas para recolección de muestra de sangre total por punción capilar, para las pruebas rápidas de VIH, VHB, VHC y de sífilis
1	Un rotulador permanente para pruebas rápidas.
1	**Esquema de medicamentos antirretrovirales para la profilaxis del VIH para niñas y niños (ver tablas 15 - 19) para 30 días de administración**

Componentes de 1 kit para profilaxis posexposición en niñas y niños menores de 13 años	
	Para niñas y niños que no pueden ingerir pastillas, se recomienda tener presentaciones en solución pediátrica. (ver tablas 16, 17 y 19).
1	**Esquema completo de medicamentos antibióticos para la profilaxis de las ITS para niñas y niños** (ver tabla 23).
1	**Profilaxis de la Hepatitis B:** Vacuna contra hepatitis B y Gammaglobulina contra VHB. Dado que estos insumos requieren cadena de frío, puede que no estén directamente en el servicio de urgencias dentro del kit o en la institución, sin embargo, debe existir un procedimiento escrito que indique los pasos a seguir para el suministro de estos biológicos de manera completa y oportuna en el menor tiempo posible, dentro de los tiempos establecidos para su aplicación como profilaxis posexposición. El procedimiento debe incluir los contactos telefónicos actualizados de las personas responsables de su entrega a cualquier hora del día o la noche, sea que se encuentren en otra área de la institución o los entregue el programa del PAI o el proveedor que indique la EAPB, según el responsable del suministro (ver cuadro de responsabilidades en el suministro de la vacuna y gammaglobulina). La dosis a administrar debe siempre verificarse en el inserto de la gammaglobulina disponible. (ver tablas 24 y 25).
1	**Anticoncepción de emergencia (para niñas menores de 13 años expuestas a violencia sexual y que han tenido menarca):** 1 esquema de progestina sintética de segunda generación (levonorgestrel) y 1 dispositivo intrauterino (DIU) T de cobre. (ver indicaciones de uso en la tabla 26)
N/A	Formatos o sistemas de control de inventario y de fecha de vencimiento.
N/A	Formatos o sistemas de información para el reporte de los resultados de las pruebas rápidas.

* Se pueden utilizar pruebas duales (VIH y sífilis) para simplificar la logística y la aplicación del protocolo.

La recomendación de este protocolo es que se utilicen las **pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH, Sífilis, VHB y VHC**, ya que estas ofrecen una serie de ventajas fundamentales en comparación con métodos convencionales. Las pruebas rápidas son altamente accesibles, permiten obtener resultados en un tiempo no mayor a 30 minutos aproximadamente, y no requieren de equipos de laboratorio. Su sencillez y rapidez facilitan la detección temprana de infecciones, lo que a su vez posibilita la atención médica oportuna.

Las personas que realicen las pruebas rápidas para VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C deberán estar capacitadas acorde con las directrices establecidas en la Resolución 1314 de 2020, por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C[17].

NOTA: A pesar de que la PEP, de acuerdo con la evidencia científica, puede tener una duración de 28 a 30 días, se ha preferido definirla en **30 días**, acorde con la presentación de la mayor parte de los medicamentos antirretrovirales para facilitar su dispensación.

7.2. Paraclínicos previo al inicio de la profilaxis

Con el objetivo de obtener una línea de base sobre parámetros clínicos trazadores, relacionados con la toxicidad o los efectos secundarios de los medicamentos que se administrarán para la profilaxis posexposición, o necesarios para la toma de decisiones de inicio o no de la profilaxis, se requiere realizar los siguientes análisis paraclínicos:

a. Prueba rápida de VIH de antígenos y anticuerpos (pruebas de 4ª generación)
b. Prueba rápida de antígeno de superficie del VHB (HBsAg). **En caso de estar disponibles**, deben realizarse también las pruebas de anticuerpos contra el antígeno de superficie del VHB (anti HBs) y los anticuerpos contra el antígeno core total del VHB (anti-HBc).
c. Prueba rápida para anticuerpos contra el VHC.
d. Prueba treponémica rápida de sífilis, independientemente del tipo de exposición.
e. Pruebas para otras ITS, en las exposiciones sexuales, si se encuentran disponibles.
f. Anticuerpos totales anti-HTLV 1/2.
g. Prueba de embarazo en personas en capacidad de gestar con exposición sexual.
h. Cuadro hemático completo, cuando el esquema elegido para PEP incluya Zidovudina (en el caso de las niñas y niños).

i. Pruebas de función renal en los casos en que el esquema usado para PEP incluya Tenofovir Disoproxil Fumarato.
j. Pruebas de función hepática a criterio médico.

Dado que no se cuenta con pruebas rápidas para anticuerpos totales anti-HTLV 1/2 que se puedan incluir en el kit, se tomará la muestra durante la atención inicial y se enviará al laboratorio clínico de la institución o al que defina la entidad administradora de planes de beneficios (o quien haga sus veces) para su procesamiento, asegurando que esto no retrase el inicio de otras profilaxis que sean necesarias dentro de los tiempos establecidos.

El inicio de la PEP para VIH y la aplicación de las dosis únicas de profilaxis para ITS debe realizarse **en las primeras 24 horas y no más allá de las 72 horas de ocurrida la exposición.**

Si por algún motivo no se pueden obtener los resultados de los paraclínicos en ese plazo de tiempo, **no debe retardarse el inicio de la PEP**.

En los casos en que la persona expuesta consulte más allá de 72 horas, debe evaluarse si aún son aplicables la anticoncepción de emergencia (hasta 120 horas —aproximadamente 5 días—, después de la exposición sexual) y la profilaxis para hepatitis B (hasta 7 días en exposiciones percutáneas y 14 días en exposiciones sexuales, cuando se requiere gammaglobulina), las cuales deberán aplicarse en la institución.

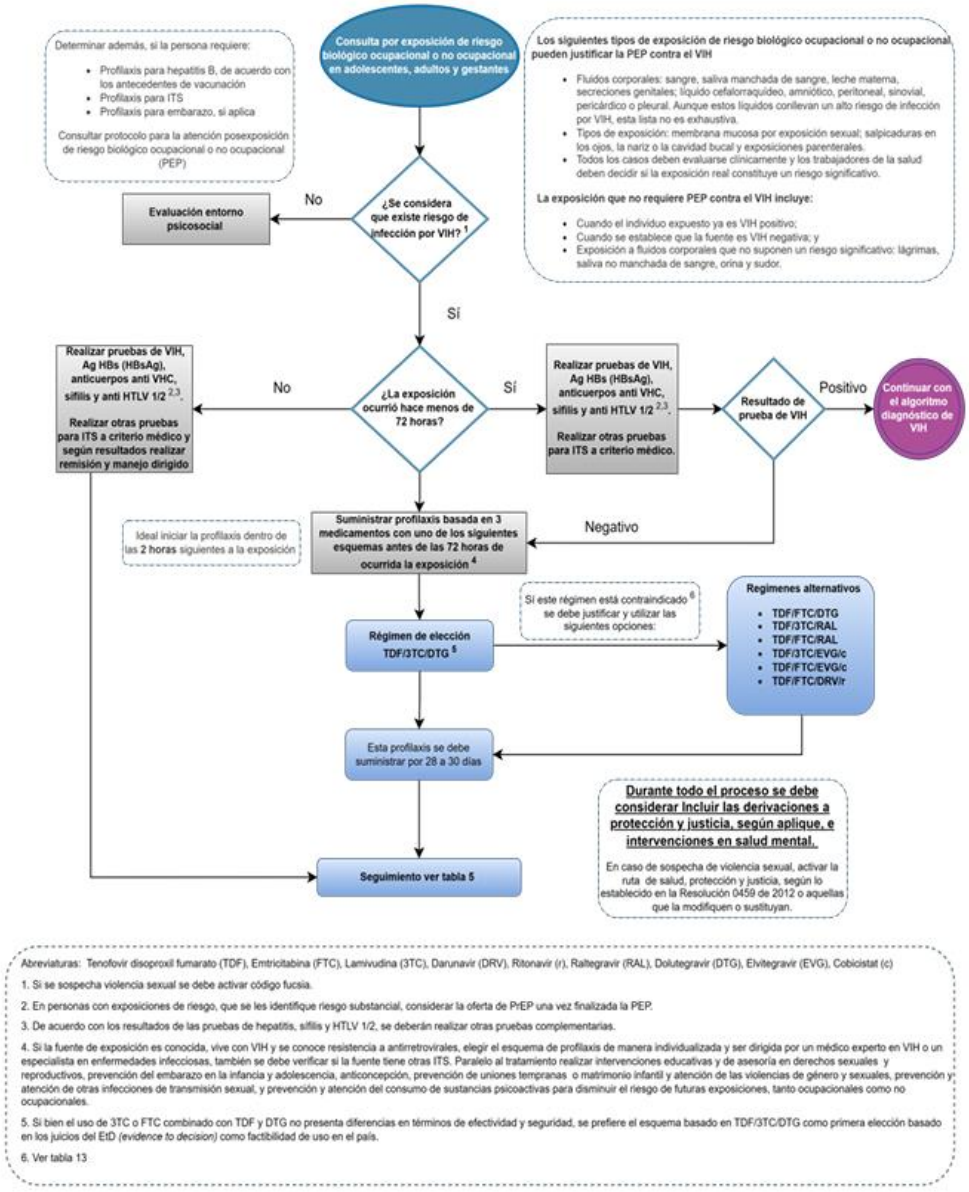
Al egreso, deberá entregarse el esquema completo de la profilaxis antirretroviral, según lo estipulado en la Circular Externa 13 de 2019, en la cual se señala: "*Entregar al paciente y al momento del alta hospitalaria, el esquema completo de profilaxis antirretroviral post exposición, de forma que cubra los 30 días de tratamiento, con el fin de garantizar la continuidad de este, siguiendo los protocolos vigentes, trátese de exposiciones ocupacionales o no ocupacionales, incluyendo violencia sexual, pero no limitada a esta. El servicio de urgencias de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) donde está siendo atendido el paciente informará a la Administradora de Planes de Beneficios la entrega de los medicamentos antirretrovirales*"[16].

7.3. Profilaxis posexposición del VIH

Las exposiciones de riesgo biológico deben ser atendidas de manera prioritaria, en un lapso no mayor a dos (2) horas desde el momento en que la persona se presenta al servicio de urgencias de cualquier nivel de complejidad, consulta prioritaria u otro servicio desde el cual se ofrezca la atención a estos casos. Si luego de la evaluación de riesgo hay indicación de iniciar la profilaxis para VIH, esta se debe iniciar en las primeras 24 horas después de la exposición y no más allá de las 72 horas posteriores a la exposición de riesgo[22].

A continuación, se presentan los esquemas de tratamiento antirretroviral y los algoritmos de atención a las personas con exposiciones de riesgo biológico:

7.3.1. Algoritmo de atención en personas adultas, gestantes y adolescentes con exposición de riesgo biológico ocupacional o no ocupacional[21]



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Vía Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH. Bogotá D.C.: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y Ministerio de Salud y Protección Social; 2024[21].

Nota: La tabla 5 a la que hace referencia este algoritmo es la incluida en la vía clínica de VIH y es equivalente a la tabla 28 de este protocolo.

Tabla 13. Profilaxis posexposición al VIH en personas adultas, gestantes y adolescentes

Medicamento		Presentación y dosis
Régimen de elección		
Esquema 1	**Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina/ Dolutegravir** **(TDF/3TC/DTG)**	Tenofovir disoproxil fumarato 300mg / Lamivudina 300mg/ Dolutegravir 50 mg 1 tableta al día x 30 días.
Regímenes alternativos		
Esquema 2	**Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Dolutegravir** **(TDF/FTC/DTG)**	Tenofovir disoproxil fumarato 300mg / Emtricitabina 200mg 1 tableta al día x 30 días. Dolutegravir – tabletas x 50 mg 1 tableta al día x 30 días.
Esquema 3	**Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina/ Raltegravir** **(TDF/3TC/RAL)**	Tenofovir disoproxil fumarato 300mg / Lamivudina 300mg 1 tableta al día x 30 días. Raltegravir– Tab x 400 mg 1 tableta 2 veces al día x 30 días
Esquema 4	**Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Raltegravir** **(TDF/FTC/RAL)**	Tenofovir disoproxil fumarato 300mg / Emtricitabina 200mg 1 tableta al día x 30 días. Raltegravir– Tab x 400 mg 1 tableta 2 veces al día x 30 días
Esquema 5	**Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina/ Elvitegravir-cobicistat** **(TDF/3TC/EVG/c)**	Tenofovir disoproxil fumarato 300mg / Lamivudina 300mg 1 tableta al día x 30 días. Elvitegravir 150mg / cobicistat 150mg 1 tableta al día x 30 días.

Esquema 6	**Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Elvitegravir-cobicistat** **(TDF/FTC/EVG/c)**	Tenofovir disoproxil fumarato 300mg / Emtricitabina 200mg 1 tableta al día x 30 días. Elvitegravir 150mg / cobicistat 150mg 1 tableta al día x 30 días.
Esquema de Segunda Opción		
Esquema 1	**Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Darunavir-ritonavir** **(TDF/FTC/DRV/r)**	Tenofovir disoproxil fumarato 300mg / Emtricitabina 200mg – 1 tableta al día x 30 días. Darunavir – tabletas x 800 mg – 1 tableta al día x 30 días. Ritonavir – tabletas x 100 mg – 1 tableta al día x 30 días. **NOTA:** si está disponible, se recomienda utilizar la dosis fija combinada de Darunavir 800 mg + ritonavir 100 mg (DRV/r) para reducir la cantidad de tabletas a tomar en conjunto con el TDF/FTC. En tal caso sería 1 tableta de DRV/r y 1 tableta de TDF/FTC al día por 30 días, tomadas al mismo tiempo.

Notas

Se podrá cambiar el **tenofovir disoproxil fumarato** por **tenofovir alafenamida (TAF)** en las personas adultas y mujeres gestantes que tengan las siguientes situaciones:

- TFG entre 30 y <50mL/min
- TFG <30 mL/min. si el paciente está en terapia dialítica
- Diagnóstico de osteoporosis

Cuando se utilice TAF se deberá tener en cuenta que las dosis varían de acuerdo con el tercer medicamento que se utilice, es decir, inhibidores de integrasa o inhibidores de proteasa.

En el caso de que ninguno de los esquemas de PEP de primera y segunda opción sea adecuado para la persona expuesta o existan comorbilidades que contraindiquen o interfieran con los esquemas recomendados, se deberá consultar inmediatamente con un médico experto en VIH o especialista en infectología o enfermedades infecciosas para que este guíe la elección de la PEP, de forma que la misma pueda iniciarse antes de 72 horas.

En el caso de que la fuente de la exposición sea conocida, viva con VIH y **se conozca que tiene antecedente de resistencia a antirretrovirales**, la elección del esquema de profilaxis debe ser individualizada y direccionada por un médico experto en VIH o un médico especialista en infectología o enfermedades infecciosas.
En todos los casos de exposiciones ocupacionales y no ocupacionales, independientemente del nivel de complejidad de la institución, se entregará al momento de la salida de la persona expuesta **el total de las dosis restantes para completar 30 días de tratamiento profiláctico.** **NOTA:** A pesar de que la PEP, de acuerdo con la evidencia científica, puede suministrarse por 28 a 30 días, para este protocolo se ha definido una duración de **30 días** para facilitar su dispensación**,** acorde con la presentación de la mayor parte de los antirretrovirales.

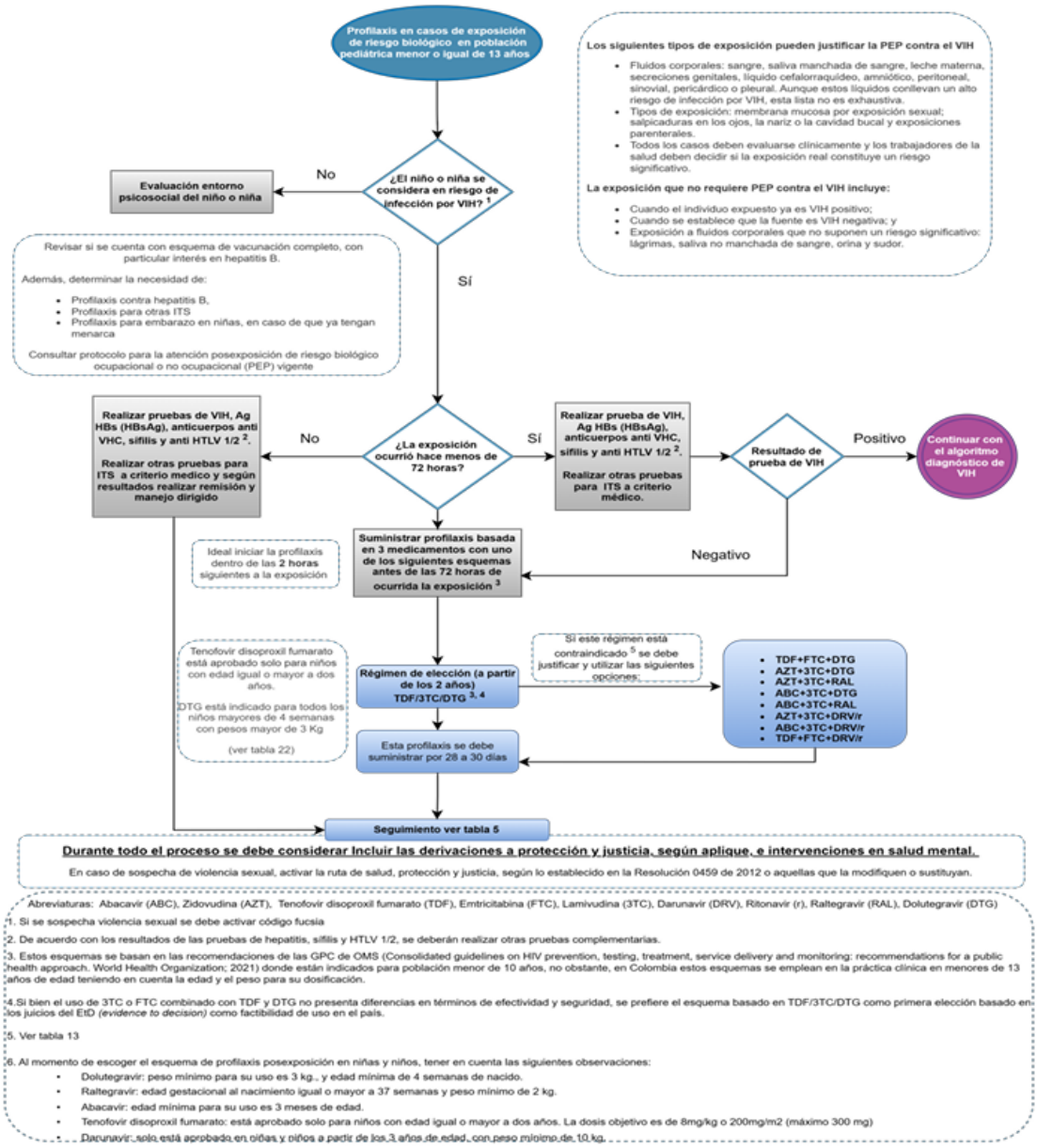
Tabla 14. Resumen de efectos secundarios de los ARV recomendados para la PEP en personas adultas, gestantes y adolescentes[18]

Medicamento	Efectos adversos	Factores de riesgo
Darunavir /ritonavir (DRV/r)	Brote cutáneo	Alergia a sulfonamidas
	Incremento de enfermedad isquémica de miocardio o trombótica cerebral	Riesgo mayor en pacientes con factores de riesgo cardiovascular tradicionales combinados o un puntaje en la ecuación de Framingham mayor o igual a 10 o ACC/AHA mayor a 7,5
	Interacciones medicamentosas	Asociado a ritonavir tanto a inhibición como inducción de las vías metabólicas del CYP 450
Dolutegravir (DTG)	Incremento significativo de peso (inaceptable para el paciente)	Mayor riesgo en combinación con TAF
	Efectos adversos neuro psiquiátricos (especialmente cefalea, insomnio)	
	Alteraciones gastrointestinales	Asociados más a cobicistat

Medicamento	Efectos adversos	Factores de riesgo
Elvitegravir /cobicistat (EVG/c)	Interacciones medicamentosas	Asociados más a cobicistat
Emtricitabina (FTC)	Los efectos secundarios son inusuales.	
Lamivudina (3TC)	Los efectos secundarios son inusuales.	
Raltegravir (RAL)	Rabdomiólisis, miopatía, mialgias.	Uso concomitante de medicamentos que causen rabdomiólisis.
Tenofovir alafenamida (TAF)	Incremento en lípidos, colesterol LDL o triglicéridos.	Riesgo mayor en pacientes con factores de riesgo cardiovascular tradicionales combinados o un puntaje en la ecuación de Framingham mayor o igual a 20 o ACC/AHA mayor a 7,5.
	Incremento significativo de peso (inaceptable para el paciente).	Mayor riesgo en uso combinado con inhibidores de integrasa, principalmente Dolutegravir.
Tenofovir disoproxil fumarato (TDF)	Disfunción tubular renal, síndrome de Fanconi, aumento de la creatinina sérica, proteinuria, glucosuria.	Enfermedad renal subyacente. Edad mayor de 60 años. IMC menor a 18,5 o peso menor de 50 kg.
	Desmineralización	Diabetes mellitus. Hipertensión no tratada. Uso concomitante de Didanosina y medicamentos nefrotóxicos o IP potenciados.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Vía Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH. Colombia 2024[20]; Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. Versión para profesionales de la salud. Bogotá D.C. Colombia; 2021[40].

7.3.2. Algoritmo. Profilaxis en casos de exposición de riesgo biológico en población pediátrica menor o igual de 13 años[21]



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Vía Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH. Colombia 2024.[20]

Nota: La tabla 5 a la que hace referencia este algoritmo es la incluida en la vía clínica de VIH y es equivalente a la tabla 28 de este protocolo.

Tabla 15. Profilaxis posexposición al VIH en niñas y niños de 4 semanas a 12 años

Edad	Medicamento	Observaciones
De 4 semanas a menores de 3 meses de edad	Zidovudina / Lamivudina / Dolutegravir (AZT/3TC/DTG)	El peso mínimo para uso del **dolutegravir** es 3 kg.
	Zidovudina / Lamivudina / Raltegravir (AZT/3TC/RAL)	El peso mínimo para uso del **raltegravir** es 2 kg.
De 3 meses a menores de 2 años de edad	Zidovudina / Lamivudina / Dolutegravir (AZT/3TC/DTG)	El peso mínimo para uso del **dolutegravir** es 3 kg.
	Zidovudina / Lamivudina / Raltegravir (AZT/3TC/RAL)	El peso mínimo para uso del **raltegravir** es 2 kg.
	Abacavir / Lamivudina / Dolutegravir (ABC/3TC/DTG)	**Abacavir** solo se puede usar niños a partir de los 3 meses de edad.
	Abacavir / Lamivudina / Raltegravir (ABC/3TC/RAL)	
De 2 años a menores de 3 años de edad	Zidovudina / Lamivudina / Dolutegravir (AZT/3TC/DTG)	
	Zidovudina / Lamivudina / Raltegravir (AZT/3TC/RAL)	
	Abacavir / Lamivudina / Dolutegravir (ABC/3TC/DTG)	
	Abacavir / Lamivudina / Raltegravir (ABC/3TC/RAL)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina / Dolutegravir (TDF/3TC/DTG)	**Tenofovir disoproxil fumarato** está aprobado solo para niños con edad igual o mayor a dos años. La dosis objetivo es de 8mg/kg o 200mg/m2 (máximo 300 mg)
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Dolutegravir (TDF/FTC/DTG)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina/ Raltegravir (TDF/3TC/RAL)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Raltegravir (TDF/FTC/RAL)	
De 3 años a 12 años de edad	Zidovudina / Lamivudina / Dolutegravir (AZT/3TC/DTG)	
	Zidovudina / Lamivudina / Raltegravir (AZT/3TC/RAL)	
	Zidovudina / Lamivudina / Darunavir / ritonavir (AZT/3TC/DRV/r)	**Darunavir** solo está aprobado a partir de los 3 años de edad con peso mínimo de 10 kg

Edad	Medicamento	Observaciones
	Abacavir / Lamivudina / Dolutegravir (ABC/3TC/DTG)	
	Abacavir / Lamivudina / Raltegravir (ABC/3TC/RAL)	
	Abacavir / Lamivudina / Darunavir / ritonavir (ABC/3TC/DRV/r)	**Darunavir** solo está aprobado a partir de los 3 años de edad con peso mínimo de 10 kg
	Tenofovir disoproxil fumarato / Lamivudina / Darunavir / ritonavir (TDF/3TC/DRV/r)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina / Dolutegravir (TDF/3TC/DTG)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina / Raltegravir (TDF/3TC/RAL)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Dolutegravir (TDF/FTC/DTG)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina / Raltegravir (TDF/FTC/RAL)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina / Darunavir / ritonavir (TDF/FTC/DRV/r).	

NOTAS

- Las exposiciones de riesgo biológico deben ser **atendidas de manera prioritaria, en un lapso no mayor a dos horas desde el momento en que la persona se presenta al servicio** de urgencias de cualquier nivel de complejidad, consulta prioritaria u otro servicio desde el cual se ofrezca atención a estos casos.
- Si luego de la evaluación de riesgo hay indicación de iniciar profilaxis para VIH, esta se debe **iniciar en las primeras 24 horas después de la exposición y no más allá de las 72 horas** posteriores a la exposición de riesgo.
- En todos los casos de exposiciones ocupacionales y no ocupacionales, independientemente del nivel de complejidad de la institución, se entregará al momento de la salida de la persona expuesta **el total de las dosis restantes para completar los 30 días** de tratamiento profiláctico.
- A pesar de que la PEP, de acuerdo con la evidencia científica, puede suministrarse por 28 a 30 días, para este protocolo se ha definido una duración de **30 días** para facilitar su dispensación**,** acorde con la presentación de la mayor parte de los antirretrovirales.
- **En el caso de que ninguno de los esquemas de PEP sea adecuado para la persona** expuesta o existan comorbilidades que contraindiquen o interfieran con los esquemas recomendados, se deberá consultar inmediatamente con un médico experto en VIH o especialista en infectología o enfermedades infecciosas para que este guíe la elección de la PEP, de forma que la misma pueda iniciarse antes de las 72 horas

Edad	Medicamento	Observaciones
		• En menores de 3 años se recomienda PEP al VIH en presentaciones en suspensión o tabletas dispersables. En mayores o iguales de 3 años se recomienda tabletas masticables.

Fuente: Consenso de expertos 2022; recomendaciones basadas en la evidencia del IETS 2024.

Tabla 16. Presentación simplificada de la dosificación de formulaciones sólidas y orales líquidas para niñas, niños e infantes con cuatro semanas de edad o mayores [a]

Medicamento	Dosis de la tableta (mg) u oral líquida (mg/ml)	Número de tabletas o ml por banda de peso										Dosis de tableta de adultos (mg)	Número de tabletas por banda de peso	
		3.0 a 5.9 kg		6.0 a 9.9 kg		10.0 a 13.9 Kg		14.0 a 19.9 kg		20.0 a 24.9 kg			25.0 a 34.9 kg	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM		AM	PM
Formulaciones sólidas														
Zidovudina (AZT) / Lamivudina (3TC)	Tableta dispersable 60mg / 30mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	Tableta 300mg /150mg	1	1
Abacavir (ABC) / Lamivudina (3TC)	Tableta dispersable 60mg / 30mg [b]	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	Tableta 600mg /300mg	0,5	0,5
	Tableta dispersable 120mg / 60mg	0,5	0,5	0,5	1	1	1	1	1,5	1,5	1,5	Tableta 600mg /300mg	0,5	0,5
Raltegravir (RAL) [c]	Tabletas masticables 25mg	1	1	2	2	3	3	4	4	6	6	Tableta 400 mg	1	1
	Tabletas masticables 100mg	-	-	-	-	-	-	1	1	1,5	1,5	Tableta 400 mg		

Medicamento	Dosis de la tableta (mg) u oral líquida (mg/ml)	Número de tabletas o ml por banda de peso										Dosis de tableta de adultos (mg)	Número de tabletas por banda de peso	
		3.0 a 5.9 kg		6.0 a 9.9 kg		10.0 a 13.9 Kg		14.0 a 19.9 kg		20.0 a 24.9 kg			25.0 a 34.9 kg	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM		AM	PM
Tenofovir disoproxil fumarato (TDF)	Cucharadas de polvo oral	-		-		3		-		-		Tableta 300 mg	Niños de 25 kg: 1 tableta de 200 mg. Niños de 35 kg o más: 1 tableta de 300 mg.	
	Tabletas de 150 mg o 200 mg.	-		-		-		1 (150 mg)		1 (200 mg)				
Tenofovir disoproxil fumarato / emtricitabina	Tabletas de 300 mg/200 mg	-		-		-		-		-		Tabletas de 300 mg/200 mg	Niños de 35 kg o más: 1 tableta	
Tenofovir disoproxil fumarato / lamivudina	Tabletas de 300 mg/300 mg	-		-		-		-		-		Tabletas de 300 mg/300 mg	Niños de 35 kg o más: 1 tableta	
Formulaciones líquidas														
Zidovudina (AZT)	10mg/ml	6 ml	6 ml	9 ml	9 ml	12 ml	12 ml	-	-	-	-	-	-	-
Abacavir (ABC)	20mg/ml	3 ml	3 ml	4 ml	4 ml	6 ml	6 ml	-	-	-	-	-	-	-
Lamivudina (3TC)	10mg/ml	3 ml	3 ml	4 ml	4 ml	6 ml	6 ml	-	-	-	-	-	-	-
Raltegravir (RAL) [c]	10mg/ml (Gránulos orales para suspensión: 100mg/bolsa)	3 ml	3 ml	5 ml	5 ml	8 ml	8 ml	10 ml	10 ml	-	-	-	-	-

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social & Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Vía Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH. Bogotá D.C, Colombia 2024[20]

Notas a la tabla:

La administración de los medicamentos se hará acorde con las presentaciones disponibles.

[a] Para infantes menores de cuatro semanas de edad, ver tabla 19, para una dosis más apropiada, la cual está reducida debido a la menor capacidad para excretar y metabolizar los medicamentos. Para infantes que tienen al menos cuatro semanas de edad, pero pesan menos que 3 kg, hay menor preocupación por la inmadurez de las vías renales y hepáticas de excreción. Sin embargo, hay incertidumbre sobre la dosificación apropiada de medicamentos antirretrovirales para pretérminos e infantes con bajo peso al nacer.

[b] Esta formulación será eliminada gradualmente y los programas deben hacer la transición para usar las tabletas ranuradas dispersables de 120/60mg.

[c] Los gránulos de raltegravir (RAL) están aprobados desde el nacimiento. La factibilidad y aceptabilidad de esta formulación no está ampliamente investigada y hay preocupación sobre la administración en contextos de recursos limitados. Debido a los retos de la administración presentados por la formulación en gránulos, el uso de tabletas masticables de 25mg como dispersable ha sido propuesta por parte del grupo desarrollador de la guía de práctica clínica de VIH para **infantes y niños mayores de cuatro semanas y que pesen al menos 3kg.** Esto está basado principalmente en datos in vitro sobre la solubilidad y bioequivalencia entre tabletas y gránulos*, así como consideraciones sobre la disponibilidad limitada de alternativas adecuadas para este grupo de edad. Sin embargo, hallazgos como la evaluación de la factibilidad y aceptabilidad llevados a cabo en Sudáfrica han mostrado que la administración de gránulos de raltegravir en contextos rurales es factible y respaldada con entrenamiento adecuado y acompañamiento.

Referencias

* Teppler H, Thompson K, Chain A, Mathe M, Nachman S, Clarke D. Crushing of Raltegravir (RAL) chewable tablets for administration in infants and young children. Abstract 37. 9th International Workshop on HIV Paediatrics 21 – 22 July 2017, Paris, France

Tabla 17. Presentación simplificada de la dosificación de Dolutegravir para niñas y niños a partir de 4 semanas de vida y 3 kg de peso[a]

Medicamento	Dosis de la tableta (mg)	Número de tabletas o cápsulas por banda de peso, una vez al día					
		3.0 a 5.9 kg	6.0 a 9.9 kg	10.0 a 13.9 kg	14.0 a 19.9 kg	20.0 a 24.9 kg	25.0 y más kg
Dolutegravir (DTG)h	Tabletas dispersables de 5mg para suspensión oral [b, d]	5 mg una vez al día (1 tableta)	15 mg una vez al día (3 tabletas)	20 mg una vez al día (4 tabletas)	25 mg una vez al día (5 tabletas)	30 mg una vez al día (6 tabletas)	30 mg una vez al día (6 tabletas)
	Tabletas recubiertas de 10 mg. [c, d]	-	-	-	40 mg una vez al día (4 tabletas)	50 mg una vez al día (5 tabletas)	50 mg una vez al día (5 tabletas)
	Tabletas recubiertas de 25 mg. [c, d]	-	-	-	-	50 mg una vez al día (2 tabletas)	50 mg una vez al día (2 tabletas)
	Tabletas recubiertas de 50 mg.	-	-	-	-	50 mg una vez al día (1 tableta)	50 mg una vez al día (1 tableta)

[a] Dolutegravir (DTG) fue aprobado en junio 2020 para todas las **niñas y niños mayores de 4 semanas, con peso mínimo de 3 kg.**

[b] La presentación de 5 mg. en tabletas dispersables es la presentación preferida para las **niñas y niños que pesan menos de 20 kg.** Las tabletas no se deben cortar, masticar o machacar. Deben tomarse enteras una a una o dispersarse en 5 ml de agua cuando se usan 1 a 3 tabletas para suspensión oral, o 10 ml. de agua cuando se usan 4, 5 o 6 tabletas para suspensión oral. Mezclarse hasta que se disuelvan completamente y administrarse en máximo 30 minutos desde su dilución*.

[c] Dolutegravir está disponible en tabletas recubiertas que vienen de 10 y 25mg. Para niños que pesan más de 20 kg se pueden utilizar las tabletas recubiertas de 50 mg. utilizadas en adultos**

[d] La dosis de dolutegravir en tabletas recubiertas y dolutegravir en tabletas para suspensión oral (dispersables) **NO SON BIOEQUIVALENTES y NO SON INTERCAMBIABLES SOBRE LA**

BASE DE MILIGRAMO POR MILIGRAMO. Por esa razón, el total de miligramos a suministrar varía acorde con la presentación del medicamento.

Fuentes: Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Vía Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH. Bogotá D.C, Colombia 2024. Información tomada de: *World Health Organization, Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*[49]; Clinical info HIV. Dolutegravir[50]

Tabla 18. Profilaxis posexposición al VIH en menores de 4 semanas de edad

REGÍMENES DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN AL VIH EN NEONATOS*	
Edad gestacional al nacer	**Esquemas de profilaxis**
Menor de 32 semanas	Solo zidovudina
Mayor o igual de 32 semanas y menor de 34 semanas	Zidovudina + lamivudina
Mayor o igual de 34 semanas	Zidovudina + lamivudina + nevirapina
Mayor o igual de 37 semanas	Zidovudina + lamivudina + raltegravir
	Zidovudina + lamivudina + nevirapina

Nota:
*Aunque estas profilaxis están establecidas para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH en la Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes, Colombia 2021 y en la Vía Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH. Bogotá D.C, Colombia 2024[21], podrían aplicar en casos excepcionales de exposición a riesgo biológico por otras vías de transmisión en niños menores de 4 semanas.

Tabla 19. Dosis de medicamentos en presentación líquida para dosificación dos veces al día en menores de 4 semanas de edad [a]

Medicamento	Dosis líquida oral (mg/ml)		2 a 3 kg		3 a 4 kg		4 a 5 kg	
			AM	PM	AM	PM	AM	PM
Zidovudina (AZT)	10 mg / ml		1 ml	1 ml	1,5 ml	1,5 ml	2 ml	2 ml
Lamivudina (3TC)	10 mg / ml		0,5 ml	0,5 ml	0,8 ml	0,8 ml	1 ml	1 ml
Nevirapina (NVP)	10 mg / ml		1,5 ml	1,5 ml	2 ml	2 ml	3 ml	3 ml
Raltegravir (RAL)	10 mg / ml	Menor de 1 semana	0,4 ml (una vez al día)		0,5 ml (una vez al día)		0,7 ml (una vez al día)	
	Gránulos orales para suspensión oral: 100 mg / bolsa [b]	Mayor de 1 semana	0,8 ml	0,8 ml	1 ml	1 ml	1,5 ml	1,5 ml

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Vía Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH. Bogotá D.C, Colombia 2024[21]

[a] Los datos en infantes pretérmino están disponible sólo para zidovudina (AZT) y hay incertidumbre considerable sobre la dosis apropiada de nevirapina (NVP), raltegravir (RAL) y lamivudina (3TC) en infantes pretérmino y con bajo peso al nacer.

[b] Los gránulos de raltegravir (RAL) para suspensión oral podrían usarse en neonatos de al menos 2kg y ser administrados una vez al día durante la primera semana de vida* y dos veces al día posteriormente[51].

Referencia:
*http://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/i/isentress/isentress_pi.pdf

Tabla 20. Resumen de efectos adversos de los ARV recomendados para la PEP en niñas y niños menores de 12 años[18]

Medicamento	Efectos adversos	Factores de Riesgo	Observaciones
Abacavir (ABC)	Reacción de hipersensibilidad (exantema), náuseas o diarrea (raras)	Presencia de HLA-B*5701	Contraindicado en pacientes con HLA-B*5701 positivo.

Medicamento	Efectos adversos	Factores de Riesgo	Observaciones
	Incremento de enfermedad isquémica de miocardio o trombótica cerebral	Riesgo mayor en pacientes con factores de riesgo cardiovascular tradicionales combinados o un puntaje en la ecuación de Framingham mayor o igual a 10 o ACC/AHA mayor de 7,5.	Evaluar riesgo beneficio.
Dolutegravir (DLG)	Incremento significativo de peso (inaceptable para el paciente). Efectos neuropsiquiátricos (especialmente cefalea e insomnio).	Mayor riesgo en combinación con TAF.	
Emtricitabina (FTC)	Los efectos secundarios son inusuales.		
Lamivudina (3TC)	Los efectos secundarios son inusuales.		
Nevirapina (NVP)	Hepatotoxicidad	Enfermedad hepática subyacente Coinfección con hepatitis B o C Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos.	Se contraindica la NVP en pacientes con insuficiencia hepática grave (Child Pugh B o C). Se ha observado falla hepática en pacientes sin infección por VIH que han recibido NVP para profilaxis después de exposición.
	Brote severo de piel y reacción de hipersensibilidad (síndrome de Stevens-Johnson)		
Raltegravir (RAL)	Rabdomiólisis, miopatía, mialgia.	Uso concomitante de medicamentos que	

Medicamento	Efectos adversos	Factores de Riesgo	Observaciones
		incrementan el riesgo de miopatía o rabdomiólisis	
	Depresión, somnolencia, vértigo, cefalea (raros)	Individuales	Rara vez la somnolencia y el vértigo no son tolerables.
	Reportes de Steven Johnson/ necrosis epidérmica tóxica	Raros	
Tenofovir (TDF)	Disfunción tubular renal, síndrome de Fanconi, aumento de la creatinina sérica, proteinuria, glucosuria.	Enfermedad renal subyacente. IMC <18,5 (o peso < 50 kg)	Vigilar la función renal de acuerdo con las recomendaciones.
	Desmineralización	Diabetes Mellitus Hipertensión no tratada Uso concomitante de didanosina y medicamentos nefrotóxicos o IP potenciados	
Zidovudina (AZT)	Anemia, neutropenia	Anemia neutropenia de base.	
	Lipodistrofia, dislipidemia (aumento del colesterol LDL o los triglicéridos).	Evaluar factores de riesgo al inicio y durante el seguimiento.	
	Esteatosis, miopatía o elevación del CPK, acidosis láctica o hepatomegalia grave.	Mujeres y pacientes obesos.	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Vía Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH. Colombia 2024[20].

7.4. Profilaxis posexposición de las ITS

A continuación, se describen los medicamentos antibióticos a usar para la profilaxis posexposición a ITS bacterianas, cuando hay una exposición de riesgo biológico por vía sexual. Los esquemas de antibióticos están discriminados por grupos etarios, así:

- Profilaxis en personas mayores o iguales a 18 años
- Profilaxis en adolescentes de 12 a 17 años
- Profilaxis en menores de 12 años

Tabla 21. Profilaxis posexposición de las ITS bacterianas en personas mayores o iguales a 18 años[52,53,54]

Personas no gestantes[52]

Medicamento	Presentación y dosis
Azitromicina + Metronidazol + Ceftriaxona	• Azitromicina: 1g. vía oral dosis única • Metronidazol: 2g. vía oral dosis única • Ceftriaxona: ampolla 1g IM, dosis única

Esquema recomendado en el caso de gestantes:

Medicamento	Presentación y dosis
Azitromicina + Metronidazol + Ceftriaxona + Penicilina benzatínica	• Azitromicina: 1g. vía oral dosis única • Metronidazol: 2g. vía oral dosis única • Ceftriaxona: ampolla 1g. IM dosis única • Penicilina benzatínica: ampolla 2,4 millones UI, IM dosis única

Esquema recomendado para población clave (Hombres que tienen sexo con otros hombres y mujeres transgénero)[53,54]

DoxyPEP

Medicamento	Presentación y dosis
Doxiciclina	Doxiciclina: tabletas de 100mg 2 tabletas vía oral en dosis única, administrado dentro de las primeras 72 horas después de la exposición[55]

Tabla 22. Profilaxis posexposición de las ITS bacterianas en adolescentes de 12 a 17 años

Medicamento	Presentación y dosis
Azitromicina + Metronidazol + Ceftriaxona	• Azitromicina: vía oral 10mg/kg, dosis única • Metronidazol: vía oral 20mg/kg, dosis única • Ceftriaxona: ampolla 1g. IM dosis única

Fuente: ratificado consenso de expertos

Tabla 23. Profilaxis posexposición de las ITS bacterianas en menores de 12 años

Medicamento	Presentación y dosis
Azitromicina + Metronidazol + Ceftriaxona	• Azitromicina Suspensión 200mg x 5cc., Fco.x15mL. 10mg/Kg, **dosis única.** • Metronidazol Suspensión 250mg x 5cc., Fco.x120 ml. 20mg/Kg, **dosis única** • Ceftriaxona: ampolla de 1 gr. 50mg/kg intramuscular **dosis única.**

Fuente: ratificado consenso de expertos

7.5. Profilaxis posexposición de hepatitis B

Las recomendaciones para la profilaxis posexposición de la hepatitis B que se indican en este aparte, incluyen tanto a las personas gestantes como no gestantes.

En todos los casos, se recomienda realizar lo más pronto posible después de la exposición la prueba de antígeno de superficie del VHB (HBsAg) y, **cuando están disponibles**, la prueba de anticuerpos contra el antígeno core del VHB (anti-HBc) y los anticuerpos contra el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (anti-HBs), para determinar si la persona expuesta era positiva para hepatitis B desde antes de la exposición. **La no disponibilidad de estas pruebas no debe retardar el inicio de la profilaxis posexposición.**

La decisión de la necesidad o no de profilaxis para hepatitis B, en quienes no tienen la infección por virus de la hepatitis B, debe basarse en los antecedentes de vacunación previa y en el nivel de títulos de anticuerpos adecuados para hepatitis B superiores a 10 mIU/mL en la persona expuesta[24,56].

La no disponibilidad de la prueba de anticuerpos en personas con antecedentes de vacunación o la ausencia de información sobre el esquema de vacunación, no debe retrasar el inicio de la profilaxis contra el virus de la hepatitis B (VHB).

7.5.1. Vacuna contra el virus de la hepatitis B:

La vacuna contra el virus de la hepatitis B debe iniciarse, de acuerdo con los antecedentes de vacunación de la persona expuesta y bajo los siguientes parámetros[24]:

Persona con antecedente de **vacunación completa**	Aplicar una **dosis de refuerzo**, en las primeras 24 horas después de la exposición y no más allá de 7 días de ocurrido el evento
Persona con antecedente de	No se inicia un nuevo esquema de vacunación, solo se da **continuidad a las dosis faltantes**, iniciando

vacunación incompleta	lo antes posible, e independientemente del momento en que se presente la persona expuesta.
Persona **sin antecedentes de vacunación**	**Se inicia el esquema de vacunación** lo antes posible después de la exposición e independientemente del momento de consulta después de ocurrido el evento, para reducir el riesgo de infección ante nuevas exposiciones.

La dosis de la vacuna contra el virus de la hepatitis B varía acorde con la presentación de la vacuna y la edad de la persona expuesta:

- **Dosis pediátrica:** de 5 a 10 µg (según el laboratorio productor). Se administra hasta los 10 años de edad.
- **Dosis para adolescentes:** de 10 a 20 µg (según laboratorio productor). Se administra hasta los 19 años inclusive.
- **Dosis para adultos:** de 20 µg, para todas las personas a partir de los 20 años de edad.

La primera y la segunda dosis deben estar separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas. Es de preferencia un periodo más largo entre la segunda y la tercera dosis. Sin embargo, existen diferentes tipos de esquema que se pueden aplicar acorde con el tipo de población (poblaciones clave o con alta movilidad que podría dificultar su ubicación para las segundas y terceras dosis), las características de la fuente (infección con hepatitis B o infección desconocida), entre otros. Tales esquemas son[57,58]:

- **Esquema estándar:** se aplica a los 0, 1, y 6 meses.
- **Esquemas cortos:**
  - 0, 1 y 2 meses con un refuerzo a los 12 meses de la primera dosis.
  - 0, 1, y 4 meses, no requiere refuerzo
- **Esquema super acelerado:** se aplica a los 0, 7 y 21 o 30 días con una dosis de refuerzo al año de la primera dosis.

En el caso de gestantes que no tienen antecedentes de vacunación o tienen vacunación incompleta, se debe realizar una evaluación

riesgo/beneficio para determinar la aplicación de la vacuna y revisar las indicaciones del fabricante de la vacuna disponible, dado que no todas las vacunas están autorizadas para aplicación en esta población. Acorde con el resultado de la evaluación, inicie o complete el esquema de vacunación contra la hepatitis B adulto, dosis de 1,0 mL con esquema de tres (3) dosis con intervalo de 0, 1 y 6 meses, independientemente del momento en que la gestante acuda a los servicios de salud y de la edad gestacional.

7.5.2. Inmunoglobulina o gammaglobulina anti-Hepatitis-B (HBIG)

La inmunoglobulina se puede aplicar de manera simultánea con la vacuna de hepatitis B, aunque en sitios diferentes de inyección. **Ésta se debe iniciar preferiblemente en las primeras 24 horas posexposición en personas que no tienen antecedentes de vacunación.** Aplicada en conjunto con la vacuna dentro de este tiempo ha mostrado ser 70% a 90% efectiva para prevenir la infección por hepatitis B.

En casos en los que la persona expuesta se presenta a los servicios más allá de las 24 horas, la inmunoglobulina puede aplicarse hasta un plazo máximo de 7 días después de exposiciones percutáneas (por ejemplo, pinchazos) y hasta 14 días después de exposiciones sexuales[24] (por ejemplo, violencia sexual). Sin embargo, es necesario **tener en cuenta que entre más tiempo transcurre, menor es la efectividad de este biológico.**

La dosis de la inmunoglobulina a aplicar es aquella recomendada por el fabricante. En algunos casos es recomendable una dosis adicional a las cuatro semanas, por lo cual es importante revisar bien el inserto del fabricante. La vía de administración dependerá de la inmunoglobulina disponible (revisar el inserto).

En el caso de gestantes, la seguridad de las inmunoglobulinas contra la hepatitis B no ha sido establecida en ensayos clínicos controlados. Sin embargo, la experiencia clínica que se tiene con inmunoglobulinas desde hace muchos años sugiere que no se esperan efectos dañinos en el curso del embarazo, en el feto o en el neonato cuando es necesario usarla durante la gestación. Por tanto, **se deberá evaluar el nivel de riesgo de la exposición** y, acorde con el

resultado, determinar su aplicación siguiendo las instrucciones del laboratorio fabricante.

Tabla 24. Responsable del suministro de la vacuna y la inmunoglobulina o gammaglobulina contra la hepatitis B en exposiciones de riesgo biológico ocupacional y no ocupacional

Tipo de exposición	Vacuna contra la hepatitis B	Inmunoglobulina o gammaglobulina contra la hepatitis B
Exposiciones ocupacionales	ARL	ARL
Tipo de exposición	**Vacuna contra la hepatitis B**	**Inmunoglobulina o gammaglobulina contra la hepatitis B**
Exposiciones no ocupacionales diferentes a violencia sexual	Las EPS (Entidades Promotoras de Salud) a través de su red de prestadores, como parte del Plan de Beneficios en Salud (PBS). En el caso de poblaciones vulnerables priorizadas*, este insumo puede ser suministrado por la entidad territorial a través del PAI.	Las EPS (Entidades Promotoras de Salud) a través de su red de prestadores, como parte del Plan de Beneficios en Salud (PBS).
Exposiciones por violencia sexual	Entidad territorial a través del PAI, según lo establecido en la circular 31 de 2014**	Entidad territorial a través del PAI, según lo establecido en la circular 31 de 2014**

Elaboración propia.

Notas de la tabla:

*En consonancia con el "Lineamiento para el tamizaje y la vacunación contra el virus de la hepatitis B a poblaciones vulnerables priorizadas, 2021" disponible en el enlace: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamientos-vacunacion-hepatitis-B-poblaciones-vulnerables.pdf

** Circular 31 de 2014 con la cual se establecen los "Lineamientos para garantizar la vacunación contra la hepatitis B a las víctimas de violencia sexual" disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Circular-0031-de-2014.pdf

Algunos elementos importantes de anotar son:

- Conforme a la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), **el acceso a servicios de urgencia no puede condicionarse a la afiliación** al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

- En el caso de exposiciones ocupacionales la ARL es la responsable de cubrir las prestaciones asistenciales y económicas derivadas del accidente de trabajo. **Si la persona no cuenta con ARL**, se debe reportar el incidente a las autoridades competentes, como el Ministerio de Trabajo, para que se tomen las medidas correspondientes.

- **En el caso de personas no afiliadas o con estatus migratorio irregular**, la responsabilidad del cubrimiento de estas atenciones recae en las Entidades Territoriales, conforme al Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del sector salud).

- Cuando un profesional de la salud prescribe la vacuna contra la hepatitis B o la inmunoglobulina / gammaglobulina contra la hepatitis B a una persona que no es parte de los grupos priorizados por el PAI, la EPS debe garantizar el acceso mediante **Presupuestos Máximos**, dado que no se trata de una exclusión explícita del PBS, sino de una tecnología que debe ser suministrada conforme a criterio médico y registro en MIPRES.

- En situaciones en las que la entidad territorial no cuente con la vacuna o la inmunoglobulina/gammaglobulina contra la hepatitis B prescrita por un profesional de la salud para una víctima de violencia sexual o un grupo priorizado por el PAI, dada la urgencia médica, **la EPS deberá garantizar el acceso mediante Presupuestos Máximos.**

Tabla 25. Recomendaciones para la profilaxis posexposición no ocupacional* a sangre o fluidos corporales, de acuerdo con el tipo de exposición y estado de vacunación contra la hepatitis B

Fuente de la exposición	Persona no vacunada o con esquema incompleto de vacunación	Persona previamente vacunada**
Fuente con antígeno de superficie para hepatitis B (HBsAg) positivo o estado serológico desconocido		
Exposición percutánea (mordedura, pinchazo) o mucosa a sangre o fluidos corporales de una persona positiva para HBsAg o estado serológico desconocido.	Inicie o complete el esquema de **vacunación** y la **inmunoglobulina** contra la hepatitis B*** lo antes posible, preferiblemente dentro de las primeras 24 horas después de la exposición.	Administre preferiblemente dentro de las primeras 24 horas una dosis de **refuerzo de vacuna** contra la hepatitis B con un plazo máximo de 7 días.
Contacto sexual o uso compartido de agujas con una persona positiva para HBsAg o estado serológico desconocido.		
Víctima de violencia sexual por un perpetrador que es positivo para HBsAg o estado serológico desconocido.		
Fuente con estado serológico negativo para HBsAg		
Víctima de violencia sexual por un perpetrador que es negativo para HBsAg.	Inicie o complete el esquema de **vacunación** contra la hepatitis B.	No administre tratamiento.
Exposición percutánea (mordedura, pinchazo) o mucosa a sangre o fluidos corporales potencialmente infecciosos de una fuente con estado serológico negativo para HBsAg.		
Contacto sexual o uso compartido de agujas con una persona con estado serológico negativo para HBsAg.		

Fuente: Modificado de CDC. MMWR Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices; 2018[24,56]

Abreviaciones:
HBsAg = antígeno de superficie para hepatitis B

Notas de la tabla

* Las indicaciones dadas en esta tabla aplican a exposiciones no ocupacionales. El manejo de exposiciones ocupacionales se presenta en otra tabla.

** Una persona que tiene documentación escrita de un esquema completo de vacunas contra la hepatitis B y que no tiene pruebas posvacunación.

*** La inmunoglobulina debe aplicarse de manera simultánea con la primera dosis de vacuna contra la hepatitis B en sitios de aplicación diferente, preferiblemente dentro de las primeras 12 a 24 horas de la exposición. Aplicadas dentro de este tiempo han mostrado ser 70% a 90% efectivas para prevenir la infección por hepatitis B. La dosis de gammaglobulina se aplica de acuerdo con lo indicado por el fabricante (inserto). Los estudios son limitados en el intervalo máximo después de la exposición durante el cual la profilaxis posexposición es efectiva, pero el intervalo es poco probable que exceda los 7 días para exposiciones percutáneas o 14 días para exposiciones sexuales.

Tabla 26. Manejo posexposición *ocupacional* a sangre y fluidos corporales, percutánea o mucosa, de acuerdo con el estado de vacunación de la persona expuesta y respuesta inmunológica a la vacuna contra la hepatitis B

Estado de la persona expuesta	Paciente fuente (HBsAg)	Respuesta conocida a vacunación contra el VHB en la persona expuesta (anti-HBs) *	Profilaxis post exposición		Prueba serológica anti-HBs post vacunación ***
			Inmunoglobulina o Gammaglobulina **	Vacunación	
Respondedor [a] (después de un esquema completo de vacunación contra la hepatitis B de 3 dosis o más)	Positivo/ desconocido/ negativo	Anti-HBs es mayor de 10 mIU/mL	No se requiere intervención.		
No respondedor [b] después de 6 dosis de vacuna contra la hepatitis B	Positivo/ desconocido	Anti-HBs es menor de 10 mIU/mL.	Inmunoglobulina o Gammaglobulina 2 dosis separadas por un intervalo de 4 semanas.	No	No

Estado de la persona expuesta	Paciente fuente (HBsAg)	Respuesta conocida a vacunación contra el VHB en la persona expuesta (anti-HBs) *	Profilaxis post exposición		Prueba serológica anti-HBs post vacunación ***
			Inmunoglobulina o Gammaglobulina **	Vacunación	
	Negativo		No se requiere intervención.		
Persona con 3 dosis de vacuna contra la hepatitis B	Positivo/ desconocido	Anti-HBs es menor de 10mIU/mL.	Gammaglobulina 1 dosis	Aplicar un segundo esquema *rápido* de vacunación contra la hepatitis B (0, 1 y 2 meses).	Si
	Negativo	Anti-HBs es menor de 10mIU/mL.	No se requiere intervención.	Aplicar un segundo esquema de vacunación contra la hepatitis B (3 dosis en esquema 0, 1 y 6 meses).	Si
	Positivo/ desconocido/ negativo	Anti-HBs es mayor de 10 mIU/mL.	No se requiere intervención.		
No vacunado o esquema incompleto o rechaza la vacunación	Positivo/ desconocido		Gammaglobulina 1 dosis [c]	Iniciar o completar el esquema de vacunación.	Si
	Negativo		No	Iniciar o completar el esquema de vacunación.	Si

Fuente: CDC. Responding to HBV Exposures in Health Care Settings. Mayo 2024.[56]

Abreviaciones:
HBsAg = antígeno de superficie de hepatitis B;

Anti-HBs = Anticuerpos contra el antígeno de superficie de la hepatitis B

Notas de la tabla

***El desconocimiento de la respuesta de la persona expuesta a esquemas de vacunación recibidos previamente no debe retardar el inicio de la profilaxis.

****La inmunoglobulina debe ser administrada tan pronto como sea posible después de la exposición. La efectividad de la gammaglobulina cuando es administrada más de 7 días después de la exposición percutánea, mucosa o con piel no intacta es desconocida. La dosis de gammaglobulina a aplicar será la indicada por el fabricante (ver inserto).

*****Las pruebas serológicas post-vacunación deben realizarse 1-2 meses después de la última dosis del esquema de vacunación contra la hepatitis B y 4-6 meses después de la administración de la gammaglobulina para evitar la detección de anticuerpos contra el antígeno de superficie administrados pasivamente). Debe usarse un método cuantitativo que permita la detección de las concentraciones protectoras de anti-HBs (>10 mUI/mL).

Los niveles de anti-HBs ≥ 10 mUI/ml generalmente se consideran seroprotectores. Sin embargo, los diferentes ensayos tienen diferentes valores de corte de ensayo según los cuales los niveles informados de anti-HBs pueden variar según el ensayo utilizado. Consulte el prospecto del ensayo para determinar los niveles correctos de anticuerpos anti-HBs o solicite al laboratorio que le reporte el punto de corte de la prueba utilizada.

[a] Un respondedor está definido como una persona con anti-HBs >10 mIU/mL después de 3 o más dosis de vacuna contra la hepatitis B.

[b] Un no respondedor está definido como una persona con anti-HBs <10 mIU/mL después de 6 o más dosis de vacuna contra la hepatitis B.

[c] En caso de rechazar la vacunación, aplicar dos dosis de gammaglobulina con un intervalo de 4 semanas.

7.6. Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia hace referencia a los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual. Esta anticoncepción puede prevenir más del 95% de los embarazos, cuando se utiliza dentro de las primeras 72 horas y como máximo 120 horas posteriores a la relación sexual. Cuanto antes se utilicen después de la relación, mayor es su eficacia.

Esta intervención debe ofrecerse a todas las personas con capacidad de gestar, es decir, tanto a mujeres cisgénero como a hombres transgénero que acudan a los servicios de salud por las siguientes situaciones:

1. Después de una relación sexual sin protección,
2. Cuando se considere que puede haber fallado la anticoncepción,
3. Cuando los anticonceptivos se han utilizado incorrectamente,
4. En casos de agresión sexual, si no se cuenta con la protección de algún anticonceptivo.

La anticoncepción de emergencia no puede interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo[59].

Tabla 27. Indicaciones para la anticoncepción de emergencia

Utilice UNA de las siguientes alternativas para la anticoncepción de emergencia	
1	**Levonorgestrel 1,5 mg en dosis única** Se puede administrar acorde con la presentación del medicamento así: 2 tabletas de 0,75 mg. dosis única o 1 tableta de 1,5 mg. dosis única
2	**Dispositivo intrauterino (DIU) T de cobre.**
Nota: Independientemente de cuál de las dos alternativas se utilice, la anticoncepción de emergencia debe aplicarse máximo hasta las 120 horas de ocurrido el evento.	

Elaboración propia

En los casos en que la consulta a los servicios de salud se haga posterior a las 120 horas desde la exposición, y exista la posibilidad de una gestación, se debe informar sobre la disponibilidad de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo.

7.7. Hepatitis C

No existe una profilaxis efectiva frente al VHC [29], y no se recomienda el uso de antivirales de acción directa o inmunoglobulinas para la profilaxis ante una exposición de riesgo [43]. Por tal razón, es importante el seguimiento de estos pacientes para diagnosticar tempranamente las infecciones agudas y remitirlos en dicho caso al especialista para determinar si se inicia tratamiento inmediatamente después del diagnóstico o se da espera para el tratamiento, teniendo en cuenta que entre un 20 y 45% de personas con infección aguda por hepatitis C curan espontáneamente[60].

7.8. HTLV

No existe una profilaxis disponible para el HTLV 1 o 2, aunque algunos ensayos clínicos han sugerido el uso de antirretrovirales iniciados en las primeras 72 horas después de la exposición por un mes. Sin embargo, este abordaje no ha sido evaluado apropiadamente debido a que todos los estudios han sido realizados en personas que ya tenían establecida la infección[61].

7.9. PEP en personas que están recibiendo PrEP

Las decisiones sobre la necesidad de PEP en el caso de personas que están en PrEP, pero cuyo cumplimiento no ha sido óptimo, dependen del tiempo transcurrido desde la última dosis de la PrEP y del lugar de exposición, así:

Tabla 28. PEP en personas que están recibiendo PrEP[62]

Indicaciones de PEP para VIH en personas con exposición sexual que están en PrEP
Sexo anal
Cuando la **persona que toma PrEP oral diaria ha tomado menos de 4 pastillas en los últimos 7 días**, o para las personas que toman la PrEP basada en eventos, cuando la PrEP no se ha tomado como se recomienda.

Indicaciones de PEP para VIH en personas con exposición sexual que están en PrEP
Sexo Vaginal
Cuando el cumplimiento en el uso de la PrEP ha sido subóptimo, se debe **considerar la PEP si han transcurrido más de 48 horas desde la última dosis** o si se han tomado menos de seis tabletas en los últimos 7 días.
Sexo Frontal* o Neovaginal**
Cuando la exposición potencial al VIH es a través del sexo frontal en los hombres trans o por sexo neovaginal en mujeres trans, se debe considerar la PEP si **han transcurrido más de 48 horas desde la última dosis** o si se han tomado menos de seis tabletas en los 7 días anteriores.

Fuente: Traducido y modificado de *UK Guideline for the use of HIV Post-Exposure Prophylaxis 2021. Post consultation version, 2023*[62]

***Sexo Frontal**: práctica sexual en la que un hombre trans es penetrado a través de su vagina.

****Sexo Neovaginal:** práctica sexual en la que una mujer trans es penetrada a través de su neovagina (aquellas que tienen cirugía de reasignación de sexo).

8. PLAN DE SEGUIMIENTO

En todos los casos de exposición ocupacional o no ocupacional, con o sin profilaxis posexposición administrada, se debe instaurar un **plan de seguimiento clínico y paraclínico, información y apoyo psicológico**, respecto a su exposición al VIH, las ITS, la hepatitis B, la hepatitis C y el HTLV, así como del riesgo de embarazo, si aplica.

Este plan de seguimiento debe llevarse a cabo a través de los servicios de consulta externa de la IPS que indique la EAPB del usuario, o de la institución que atendió la urgencia, en el caso de personas no aseguradas.

8.1 Información

Las personas que han sufrido una exposición de riesgo deben ser informadas sobre los **signos y síntomas de la infección aguda** por el VIH o síndrome retroviral agudo, los cuales incluyen: fiebre, linfadenopatías, faringitis, exantemas, mialgias o artralgias, o con menos frecuencia, diarrea, cefalea, náuseas, vómito, hepatoesplenomegalia, pérdida de peso aguda, o síntomas neurológicos. Estos suelen presentarse de dos a cuatro semanas luego de la infección y pueden durar de tres días a diez semanas, siendo este un período de alta infectividad. En más del 50% de las personas, los síntomas pueden pasar inadvertidos debido a que pueden simular un cuadro gripal.[63] Ante dichos signos y síntomas se debe realizar una carga viral del VIH, **con independencia del tiempo transcurrido desde la exposición accidental.**

Las personas que inicien PEP, además, deben ser informadas de los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral, de las posibles interacciones medicamentosas y de la necesidad de tener una buena adherencia al mismo, para que resulte exitoso (mínimo del 95%).

De igual manera, se debe informar sobre los signos y síntomas de la infección aguda por hepatitis virales, los cuales incluyen: fiebre, náuseas, vómito, dolor abdominal, orina oscura, heces claras, dolor en las articulaciones, cansancio e ictericia, y se presentan usualmente alrededor de 90 días después de la

infección. La hepatitis C es usualmente asintomática, pero cuando se presentan los síntomas, estos se observan entre 2 y 12 semanas después de la infección con el virus[64]. En el caso de que dichos síntomas o signos aparezcan, se debe realizar una carga viral, con independencia del tiempo transcurrido desde la exposición accidental.

Se debe recomendar a las personas expuestas, prácticas que permitan evitar la posible transmisión del VIH, VHB, VHC o HTLV a terceros durante el período de seguimiento, tales como: el uso del condón en todas las relaciones sexuales, no compartir agujas o jeringas con otras personas y no donar sangre, órganos o semen durante el período de seguimiento[29].

8.2 Apoyo psicológico

A toda persona con una exposición de riesgo biológico se le debe ofrecer soporte emocional en función del nivel de ansiedad que presente la persona, dado que, si el nivel de angustia es elevado, se corre el riesgo de que no comprenda las recomendaciones de tratamiento y seguimiento u otra información transmitida y esto afecte finalmente la adherencia.

En los casos de violencia sexual se debe realizar la evaluación e intervención terapéutica de urgencias por parte de un profesional especializado en salud mental (médica(o) psiquiatra o psicóloga(o) clínica(o)). Este profesional derivará a la víctima para que continúe con el tipo de atención terapéutica en salud mental que se requiera en el corto, mediano y largo plazo, después de culminada la atención de la urgencia, conforme con lo establecido en el protocolo y modelo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual vigente.

Estas intervenciones en salud mental deberán adaptarse en su enfoque y lenguaje a la edad, sexo, género y etnia de la persona afectada para incrementar las posibilidades de éxito de la intervención a través de un abordaje cultural apropiado.

Antes de la salida de la institución, se deben resolver todas las dudas que pueda tener la persona y llevar a cabo las articulaciones interinstitucionales necesarias

para la activación de rutas de protección y justicia, y aquellas requeridas para los seguimientos clínicos y paraclínicos, sin barreras administrativas.

8.3 Seguimiento clínico y paraclínico

El seguimiento de las personas expuestas es de seis meses. La única excepción son los casos de personas que se infectan con el VHC, tras la exposición a una fuente coinfectada por el VIH-VHC, en los cuales se requerirá una nueva prueba para VIH a las 48 semanas de la exposición.

Cuando se ha iniciado PEP para VIH, la adherencia al esquema antirretroviral debe evaluarse en un control a las dos semanas contadas desde el inicio de la PEP y al finalizar la PEP.

Las pruebas a realizar, así como sus controles se detallan en el cronograma de la Tabla 29.

Tabla 29. Cronograma de seguimiento paraclínico de las personas con exposición de riesgo ante las ITS, VIH, hepatitis B, hepatitis C y HTLV[29]

Tipo de análisis	Antes de iniciar la profilaxis (Basal)	Según síntomas en el seguimiento	2 semanas	4 -6 semanas	12 semanas	16 semanas	24 semanas
Prueba rápida de VIH de cuarta generación (antígenos y anticuerpos)	Sí			Sí		Sí [a]	Sí [b]
Analítica general: Cuadro hemático [c], función renal [d]	Sí	Sí	Sí	Sí			
Carga viral para VIH		Sí, ante síntomas relacionados con Síndrome retroviral agudo					
Pruebas para hepatitis B:	Sí						Sí

Tipo de análisis	Antes de iniciar la profilaxis (Basal)	Según síntomas en el seguimiento	2 semanas	4 -6 semanas	12 semanas	16 semanas	24 semanas
• antígeno de superficie del VHB (HBsAg); • anticuerpos contra el antígeno de superficie del VHB (anti HBs); • anticuerpos totales contra el antígeno core del VHB (anti-HBc)[65]							
Prueba de anticuerpos para VHC	Sí				Sí		Sí
Carga viral para VHC		Sí, ante síntomas de hepatitis viral aguda, o antecedentes de hepatitis C tratada y resuelta.					
Diagnóstico de ITS (sindrómico o etiológico)	Sí				Sí. Para sífilis prueba rápida Treponémica.		
Anticuerpos totales anti-HTLV 1-2	Sí				Sí		
Prueba de embarazo	Sí			Sí			

Notas:

a. Última prueba de seguimiento de VIH cuando se utilizan pruebas de cuarta generación
b. Última prueba de seguimiento de VIH cuando se utilizan pruebas de tercera generación.
c. Cuando el esquema usado para PEP incluya Zidovudina.
d. En los casos en que el esquema usado para PEP incluya Tenofovir Disoproxil Fumarato.

El seguimiento para VIH debe hacerse con pruebas de cuarta generación realizando la primera prueba de seguimiento entre las 4 y 6 semanas desde el momento de la exposición y la segunda prueba de seguimiento a la semana 16 desde el momento de la exposición.

Cuando no se dispone de pruebas de cuarta generación, se podrá realizar el seguimiento con pruebas de tercera generación realizadas a las 12 y 24 semanas después de la exposición.

A criterio médico, se podrán realizar también **pruebas de función hepática**, tanto como pruebas de línea de base como durante el seguimiento, sin retrasar el inicio de las profilaxis que requiera el individuo.

8.4 PrEP posterior a PEP

En toda persona que requirió PEP no ocupacional debe ofrecerse información sobre la profilaxis preexposición al VIH (PrEP) y la opción de ingresar a un programa de PrEP.

El inicio de la PrEP se da una vez se haya terminado el ciclo de PEP y se tenga un resultado no reactivo de una prueba de VIH de cuarta generación (detección antígenos y anticuerpos). Esto teniendo en cuenta que haber recibido PEP no ocupacional es uno de los criterios de riesgo substancial al VIH (para mayor información, remitirse al Lineamiento vigente para la implementación de la PrEP en Colombia[19]).

9. INDICADORES PEP

El país ha definido un set de indicadores para hacer seguimiento a las personas con exposiciones de riesgo biológico, ocupacional y no ocupacional, a fin de determinar el nivel de cumplimiento de este protocolo, sus intervenciones y los resultados en las personas expuestas. Para ello se ha diseñado un módulo de reporte para estas atenciones en el Sistema de Información de Actividades Colectivas y Comunitarias en Salud Sexual y Reproductiva SISCOSSR, a fin de recopilar la información, fortalecer el seguimiento a las personas expuestas y automatizar los reportes correspondientes.

A continuación, se muestran los indicadores definidos para este seguimiento:

Tabla 30. Indicadores PEP

Aspecto a medir	Indicador	Unidad de medida	Cálculo	Desagregaciones	Observaciones
Consultas por exposiciones de riesgo biológico	Número de personas que consultan por una exposición de riesgo biológico ocupacional o no ocupacional	Número	**Numerador:** Número de personas que consultan por una exposición de riesgo biológico ocupacional o no ocupacional	Edad en quinquenios, sexo asignado al nacer, género, pertenencia étnica, entidad territorial, régimen de afiliación, tipo de población, tipo de exposición (ocupacional o no ocupacional), tipo de exposición no ocupacional, tiempo desde la exposición (antes de 72 horas / después de 72 horas)	

Aspecto a medir	Indicador	Unidad de medida	Cálculo	Desagregaciones	Observaciones
Resultados de pruebas de línea de base	Porcentaje de personas con resultados reactivos en las pruebas de línea de base entre quienes acuden a los servicios de salud con exposiciones de riesgo biológico.	Porcentaje	**Numerador:** Número de personas con resultados reactivos en las pruebas de línea de base entre quienes acuden a los servicios de salud con exposiciones de riesgo biológico. **Denominador:** Número de personas que acuden a los servicios de salud con exposiciones de riesgo biológico.	Edad en quinquenios, sexo asignado al nacer, género, pertenencia étnica, entidad territorial, régimen de afiliación, tipo de población, tipo de exposición (ocupacional o no ocupacional), tipo de prueba (VIH, sífilis, hepatitis B, hepatitis C, HTLV 1/2).	
Profilaxis posexposición de VIH	Porcentaje de personas que iniciaron profilaxis posexposición debido al riesgo de infección por VIH a causa de una exposición ocupacional o no ocupacional [66]	Porcentaje	**Numerador:** Número de personas que iniciaron profilaxis posexposición debido al riesgo de infección por VIH a causa de una exposición ocupacional o no ocupacional. **Denominador:** Número de personas que consultaron en las primeras 72 horas de una exposición ocupacional o no ocupacional.	Edad en quinquenios, sexo asignado al nacer, género, pertenencia étnica, entidad territorial, régimen de afiliación, tipo de población, tipo de exposición (ocupacional o no ocupacional), tipo de exposición no ocupacional (sexo desprotegido o ruptura de condón / víctima de violencia sexual / otros), tiempo desde la exposición (primeras 24 horas; 24-47 horas; 48-72 horas).	No incluye niños expuestos al VIH por vía materno infantil.

Aspecto a medir	Indicador	Unidad de medida	Cálculo	Desagregaciones	Observaciones
Profilaxis posexposición de ITS	Porcentaje de personas que iniciaron profilaxis posexposición debido al riesgo de infección por ITS a causa de una exposición no ocupacional por vía sexual.	Número	**Numerador:** Número de personas que iniciaron profilaxis posexposición debido al riesgo de infección de ITS a causa de una exposición no ocupacional. **Denominador:** Número de personas que consultaron en las primeras 72 horas de una exposición no ocupacional por vía sexual.	Edad, sexo asignado al nacer, género, pertenencia étnica, entidad territorial, régimen de afiliación, tipo de población, tipo de exposición no ocupacional (sexo desprotegido o ruptura de condón / víctima de violencia sexual / otros), tiempo desde la exposición (antes de 72 horas / después de 72 horas)	Indicador incluido en el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C[3]
Profilaxis posexposición de hepatitis B	Porcentaje de personas sin antecedentes de vacunación o con esquema incompleto de vacunación para hepatitis B que recibieron profilaxis para hepatitis B a causa de una exposición de riesgo biológico	Porcentaje	**Numerador:** Número de personas sin antecedentes de vacunación o esquema incompleto de vacunación para hepatitis B que recibieron profilaxis para hepatitis B a causa de una exposición de riesgo biológico **Denominador:** Número de personas sin antecedentes de vacunación o esquema incompleto para hepatitis B con una exposición de riesgo biológico.	Edad en quinquenios, sexo asignado al nacer, género, pertenencia étnica, entidad territorial, régimen de afiliación, tipo de población, tipo de exposición (ocupacional y no ocupacional), tipo de exposición no ocupacional (sexo desprotegido o ruptura de condón / víctima de violencia sexual / otros), tiempo desde la exposición (antes de 24 horas, entre 24-72 horas, entre 72 horas y 7 días, entre 8-14 días).	En el numerador se incluirán solo las personas que hayan recibido tanto la vacuna como la gammaglobulina contra la hepatitis B.

Aspecto a medir	Indicador	Unidad de medida	Cálculo	Desagregaciones	Observaciones
Anticoncepción de emergencia	Porcentaje de personas que recibieron anticoncepción de emergencia a causa de un evento de violencia sexual	Porcentaje	**Numerador:** Número de personas que recibieron anticoncepción de emergencia a causa de un evento de violencia sexual **Denominador:** Número de personas que consultaron en las primeras 120 horas de un evento de violencia sexual.	Edad en quinquenios, género, pertenencia étnica, entidad territorial, régimen de afiliación, tipo de profilaxis.	Solo aplica a personas de sexo al nacer mujer (personas en capacidad de gestar)
Interrupción de profilaxis posexposición para VIH	Porcentaje de personas que descontinuaron o interrumpieron la Profilaxis posexposición para VIH.	Porcentaje	**Numerador:** Número de personas que descontinuaron o interrumpieron la Profilaxis posexposición para VIH. **Denominador:** Número de personas que iniciaron la profilaxis posexposición para VIH	Edad, sexo asignado al nacer, género, pertenencia étnica, tipo de población, entidad territorial, régimen de afiliación, razones por la cual descontinuaron o interrumpieron la PEP, condición de egreso frente al VIH.	
Situación frente al diagnóstico de VIH, sífilis, hepatitis B, hepatitis C y HTLV 1/2 al final del seguimiento posexposición	Porcentaje de personas que cuentan con resultados de VIH, sífilis, hepatitis B, hepatitis C y HTLV 1/2 al final del seguimiento posexposición	Porcentaje	**Numerador:** Número de personas que cuentan con resultados de VIH, sífilis, hepatitis B, hepatitis C y HTLV 1/2 al final del seguimiento posexposición **Denominador:** Número de personas que consultaron por exposiciones de riesgo biológico ocupacional o no ocupacional	Edad, sexo asignado al nacer, género, pertenencia étnica, tipo de población, entidad territorial, régimen de afiliación, resultados positivos y resultados negativos por evento (VIH, sífilis, hepatitis B, hepatitis C, HTLV 1/2).	

Elaboración propia

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Estrategia Mundial Contra El Sida 2021-2026. Acabar Con Las Desigualdades. Acabar Con El Sida.; 2021. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf
2. Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361201/9789240053830-spa.pdf?sequence=1
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2022-2025. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-respuestas-its-vih-coinfeccion-tb-vih-hepatitis-b-c.pdf
4. Congreso de Colombia. Ley 9 de 1979, Diario Oficial No. 35308, Por La Cual Se Dictan Medidas Sanitarias.; 1979:1-90. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200009%20DE%201979.pdf
5. Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3442 de 2006, Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica; 2006:1-2. Consultado el 20 de enero de 2025. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUci%C3%93N%203442%20DE%202006.pdf
6. Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 459 de 2012, Por la cual se adopta el Protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.; 2012:1-55. Consultado el 14 de mayo de 2023. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF

7. Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 31 de 2014, Lineamientos para garantizar la vacunación contra la hepatitis B a las víctimas de violencia sexual.; 2014. Consultado el 14 de mayo de 2023. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/circular_minsaludps_0031_2014.htm
8. Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 351 de 2014, Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.; 2014. Consultado el 14 de mayo de 2023. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=56755
9. Colombia - Ministerio del Trabajo. Decreto 1477 de 2014, Por el cual se expide la tabla de enfermedades laborales.; 2014:1-109. Consultado el 14 de mayo de 2023. Disponible en: https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/36482/decreto_1477_del_5_de_agosto_de_2014.pdf/b526be63-28ee-8a0d-9014-8b5d7b299500
10. Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016, Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social.; 2016:1-1110. Consultado el 14 de mayo de 2023. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-780-unico-modificado-2016.pdf
11. Colombia – Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018, Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
12. Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.; 2019: 1-230. Consultado el 20 de enero de 2025. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%C3%B3n%20no.%203100%20de%202019.pdf
13. Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa No. 13 de 2019: Por la cual se toman acciones de gestión en salud pública para la

prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, coinfección TB/VIH, sífilis gestacional y congénita, hepatitis B y hepatitis C.; 2019:1-5. Consultado el 14 de mayo de 2023. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-13-de-2019.pdf

14. Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1314 de 2020, Por La Cual Se Adoptan Los Lineamientos Para La Realización de Pruebas Rápidas Fuera Del Laboratorio Clínico Para El Diagnóstico Temprano de La Infección Por VIH, Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.; 2020:1-18. Consultado el 14 de mayo de 2023. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201314%20de%202020.pdf
15. Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1579 de 2023, Por medio de la cual se declara la existencia de razones de interés público para someter una patente de los medicamentos cuyo principio activo es el Dolutegravir a licencia obligatoria en la modalidad de uso gubernamental; 2023:1-69. Consultado el 14 de mayo de 2025. Disponible en: https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%201579%20de%202023.pdf
16. Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 591 de 2024, Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades; 2024:1-39. Consultado el 14 de mayo de 2025. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%20591%20de%202024.pdf
17. Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2164 de 2024, Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de los medicamentos antirretrovirales para VIH y el seguimiento a las poblaciones incluidas en la Resolución 1579 de 2023 y se dictan otras disposiciones. 2024:1-5. Consultado el 14 de mayo de 2025. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202164%20de%202024.pdf
18. Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. Versión para profesionales de salud. Bogotá D.C. Colombia; 2021. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-vih-adultos-version-profesionales-salud.pdf
19. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Lineamiento para la implementación de la PrEP en Colombia; 2023:1-119. Consultado el 30 de abril de 2024. Disponible en: https://prep-colombia.org/wp-content/uploads/2023/07/Lineamiento-PrEP_FINAL_Junio2023.pdf
20. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Vía Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH. Bogotá D.C.: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y Ministerio de Salud y Protección Social; 2024. Consultado el 10 de febrero de 2025. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/via-clinica-vih-2024.pdf
21. Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, Colombia 2010.
22. World Health Organization. Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis. 2024. Licence: CC BY-NCSA 3.0 IGO. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378221/9789240095137-eng.pdf?sequence=1
23. Feld J, Janssen HLA, Abbas Z, et al. World Gastroenterology Organization Global Guideline Hepatitis B. J Clin Gastroenterol. 2016;50(9):691-703. doi:10.1097/MCG.0000000000000647
24. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices.; 2018. Disponible en: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6701a1.htm
25. New York State Department of Health AIDS Institute (NYSDOH AI). Post-Exposure Prophylaxis (PEP) to Prevent HIV Infection.; 2023. https://www.hivguidelines.org/wp-content/uploads/2024/05/NYSDOH-AI-PEP-to-Prevent-HIV-Infection_10-12-2023_HG.pdf
26. LeMessurier J, Traversy G, Varsaneux O, et al. Risk of sexual transmission of human immunodeficiency virus with antiretroviral therapy, suppressed viral

load and condom use: a systematic review. Can Med Assoc J. 2018;190(46): E1350-E1360. doi:10.1503/cmaj.180311
27. Eisinger RW, Dieffenbach CW, Fauci AS. HIV Viral Load and Transmissibility of HIV Infection: Undetectable Equals Untransmittable. JAMA. 2019;321(5):451. doi:10.1001/jama.2018.21167
28. U.S. Public Health Service. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR Recomm Rep. 2001;50(RR-11):1-52.
29. GESIDA. Documento de Consenso Sobre Profilaxis Postexposición Ocupacional y No Ocupacional En Relación Con El VIH, VHB y VHC En Adultos y Niños. Actualización Marzo 2015.; 2015. Consultado el 29 de septiembre de 2023. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf
30. WHO - World Health Organization. ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Edition. Fifth. WHO - World Health Organization; 2016.
31. WHO - World Health Organization. Seventy-Second World Health Assembly. Eleventh Revision of the International Classification of Diseases. A72/29.; 2019.
32. WHO - World Health Organization. ICD-11 2022 release. ICD-11 2022 release. Published February 11, 2022. Consultado el 27 de septiembre de 2023. Disponible en: https://www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release
33. Martínez-Nieto, O., Isaza-Ruget, M., Rangel-Espinosa, N. y Morales-Reyes, O. (2007). Seroprevalencia de Anticuerpos para Virus Linfotrópicos Humanos (HTLV I/II) en donantes de sangre de una Clínica de Bogotá, Colombia. 1999-2004. Revista de Salud Pública. Vol. 09. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000200009
34. Eusebio-Ponce E, Anguita E, Paulino R, Andel FJ. HTLV-1 infection: An emerging risk. Pathogenesis, epidemiology, diagnosis and associated diseases. Official Journal of the Spanish Society of Chemotherapy. 2019;32(6):485–96. https://seq.es/wp-content/uploads/2019/10/candel25oct2019.pdf
35. Trujillo J, Concha M, Muñoz A, Bergonzoli G, Mora C, Borrero I. Seroprevalence and cofactors of HTLV-I infection in Tumaco, Colombia. AIDS Res Hum Retroviruses. 1992;8:651-7.

36. Bermúdez-Forero M., Berrío-Pérez M., Herrera-Hernández A., Rodríguez-Rodríguez M., García-Blanco S., Orjuela-Falla G., Beltrán M. (2016). Prevalencia de la infección con el virus linfotrópico de células T humanas de tipo 1 y 2 en donantes de sangre en Colombia, 2001-2014: implicaciones sobre la seguridad de la transfusión. Biomédica 2016;36(Supl.2):194-200. Disponible en: https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2943
37. J Infect Dis. 2005 Sep 29;192(9):1557–1565. doi: 10.1086/491742, Clinical Infectious Diseases, Volume 71, Issue 5, 1 September 2020, Pages 1292–1299, https://doi.org/10.1093/cid/ciz948
38. Centers for Disease Control and Prevention. Hepatitis C Surveillance Guidance. Last reviewed: March 14, 2024. Disponible en: https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/surveillanceguidance/HepatitisC.htm
39. Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: https://doi.org/10.37774/9789275326961
40. Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. Versión para profesionales de la salud. Bogotá D.C. Colombia; 2021. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-vih-pediatria-version-profesionales-salud.pdf
41. NIH - National Institutes of Health. The science is clear: with HIV, undetectable equals untransmittable. Published January 10, 2019. Consultado el 13 de febrero de 2023. Disponible en: https://www.nih.gov/news-events/news-releases/science-clear-hiv-undetectable-equals-untransmittable
42. Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1904 de 2017, Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1904-de-2017.pdf
43. New York State Department of Health AIDS Institute. NYSDOH AIDS Institute Clinical Guidelines Program: Post-Exposure Prophylaxis (PEP) to Prevent HIV Infection; Update April 2023. https://www.hivguidelines.org/guideline/hiv-pep/

44. Beymer MR, Kofron RM, Tseng CH, et al. Results from the post-exposure prophylaxis pilot program (P-QUAD) demonstration project in Los Angeles County. Int J STD AIDS. 2018;29(6):557-562. doi:10.1177/0956462417743158
45. Do AN, Ciesielski CA, Metler RP, Hammett TA, Li J, Fleming PL. Occupationally Acquired Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: National Case Surveillance Data During 20 Years of the HIV Epidemic in the United States. Infect Control Hosp Epidemiol. 2003;24(2):86-96. doi:10.1086/502178
46. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk. AIDS. 2014;28(10):1509-1519. doi:10.1097/QAD.0000000000000298
47. VARGHESE B, MAHER JE, PETERMAN TA, BRANSON BM, STEKETEE RW. Reducing the Risk of Sexual HIV Transmission. Sex Transm Dis. 2002;29(1):38-43. doi:10.1097/00007435-200201000-00007
48. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. New England Journal of Medicine. 2011;365(6):493-505. doi:10.1056/NEJMoa1105243
49. World Health Organization, Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach, July 2021. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593
50. clinicalinfo.hiv.gov. Offering Information on HIV/AIDS Treatment, Prevention, and Research. Dolutegravir. Updated June 27, 2024. https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/pediatric-arv/drug-information-integrase-inhibitors-dolutegravir-pediatric-arv.pdf
51. Clarke DF, Acosta EP, Cababasay M, et al. Raltegravir (RAL) in Neonates: Dosing, Pharmacokinetics (PK), and Safety in HIV-1–Exposed Neonates at Risk of Infection (IMPAACT P1110). JAIDS *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2020;84(1):70-77. doi:10.1097/QAI.0000000000002294
52. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia - Colciencias. Guía de Práctica Clínica Para El Abordaje Sindrómico Del Diagnóstico y Tratamiento de Los Pacientes Con Infecciones de Transmisión Sexual y Otras Infecciones Del Tracto Genital; 2013. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/profesionales salud.pdf
53. Luetkemeyer A, Dombrowski J, Cohen S, et al. Doxycycline post-exposure prophylaxis for STI prevention among MSM and transgender women on HIV

PrEP or living with HIV: high efficacy to reduce incident STI's in a randomized trial. In: AIDS 2022; 2022:1-1.

54. Molina JM, Charreau I, Chidiac C, et al. Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy of the ANRS IPERGAY trial. Lancet Infect Dis. 2018;18(3):308-317. doi:https://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30725-9
55. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections (STIs) - Doxy PEP for Bacterial STI Prevention. December 5, 2024. Disponible en: https://www.cdc.gov/sti/hcp/doxy-pep/index.html
56. CDC. 2024. Responding to HBV Exposures in Health Care Settings. Disponible en: https://www.cdc.gov/hepatitis-b/hcp/infection-control/index.html
57. Hepatitis B Foundation. Vaccine schedules. Update September 2022. Disponible en: https://www.hepb.org/prevention-and-diagnosis/vaccination/guidelines-2/#:~:text=The%20hepatitis%20B%20vaccine%20is%20an%20injection%20(or%20shot)%20that,maximum%2C%20long%2Dterm%20protection
58. World Health Organization. Weekly epidemiological record. Hepatitis B vaccines: WHO position paper – July 2017. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255841/WER9227.pdf?sequence=1
59. Organización Mundial de la Salud. 2021. Fact Sheet Anticoncepción de urgencia. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception#:~:text=La%20anticoncepci%C3%B3n%20de%20urgencia%20se,relaci%C3%B3n%2C%20mayor%20es%20su%20eficacia.
60. Singh N., Ma M., Montano-Loza A. & Bhanji R. Learning from a rare phenomenon — spontaneous clearance of chronic hepatitis C virus post-liver transplant: A case report. World J Hepatol. Feb 27, 2022; 14(2): 456-463. Published online Feb 27, 2022. doi: 10.4254/wjh.v14.i2.456.
61. Martin F. (ASHM 2019). HIV Management in Australasia – A guide for clinical care. Co-infections with HIV infection. Prevention and partner notification. Disponible en: https://hivmanagement.ashm.org.au/human-t-cell-leukemia-virus-co-infection/prevention-and-partner-notification/#:~:text=In%20some%20clinical%20settings%2C%20local,to%20prevent%20HTLV%2D1%20transmission
62. British HIV Association - BHIVA. UK Guideline for the Use of HIV Post-Exposure Prophylaxis 2021. Post consultation version, 2023 amendment; 2023.

Accessed November 24, 2024. Disponible en: https://www.bhiva.org/file/6183b6aa93a4e/PEP-guidelines.pdf
63. Roccia ML., Montero G., Calderón JA., Romanos DR. & Navarro CR. 2016. Síndrome Retroviral Agudo. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Tercera Época. Vol 6 No. 1. Disponible en: https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/55971#:~:text=Su%20sintomatolog%C3%ADa%20en%20m%C3%A1s%20del,por%20cuadro%20de%20Neutropenia%20febril
64. CDC basis. Disponible en: https://www.cdc.gov.co
65. Corcorran M., Spach D. 2022. Occupational HBV postexposure prophylaxis. Disponible en: https://www.hepatitisb.uw.edu/go/prevention-hbv/postexposure-prophylaxis-following-occupational-exposure-to-hepatitis-b-virus/core-concept/all
66. UNAIDS. Indicator Registry. Number of persons provided with post-exposure prophylaxis (PEP). Disponible en: https://indicatorregistry.unaids.org/indicator/number-persons-provided-post-exposure-prophylaxis-pep