



Salud



PROTOCOLO DE PROFILAXIS POSEXPOSICIÓN (PEP)



Generalidades: Exposición Riesgo Biológico - ERB

Exposición Ocupacional (ERB-O)



Perfil:

Personal de salud, limpieza de IPS, morgue, tatuadores, recolectores de residuos.

Mecanismo de Riesgo Primario:

Percutáneo (pinchazos, cortes con material contaminado).

Exposición No Ocupacional (ERB-NO)



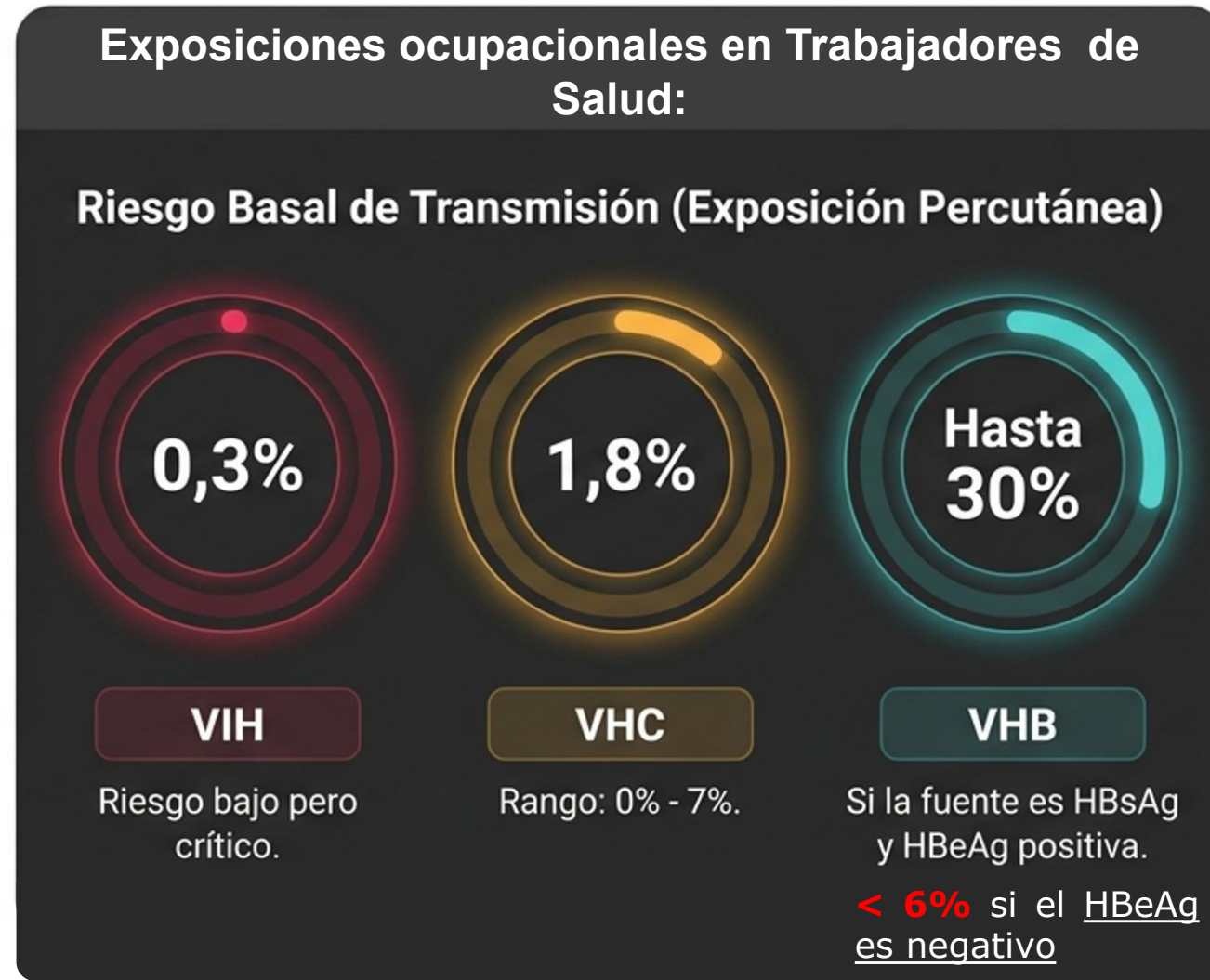
Perfil:

Población general, víctimas de violencia sexual, usuarios de drogas intravenosas, relaciones sexuales sin protección.

Mecanismo de Riesgo Primario:

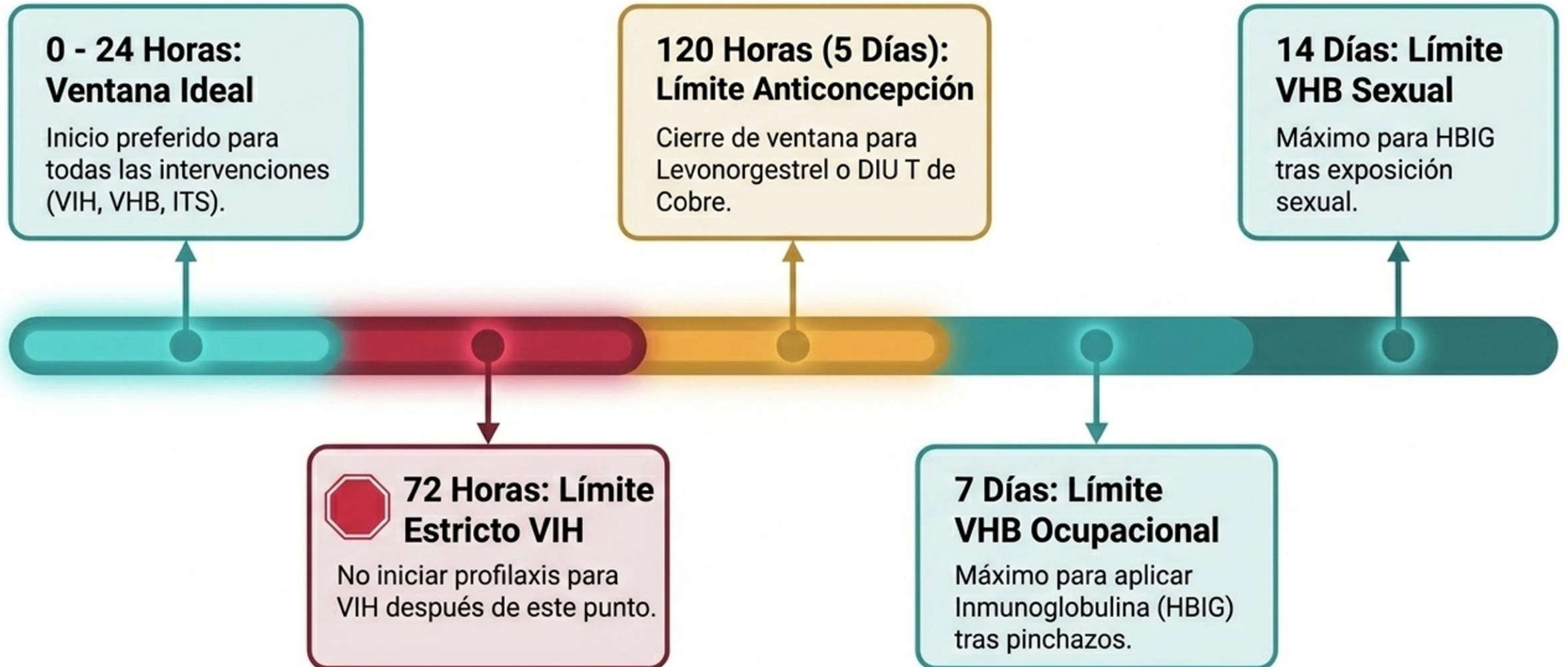
Exposición de mucosas y sexual.

Generalidades: Exposición Riesgo Biológico - ERB



<https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf>

Generalidades: Ventanas de Eficacia



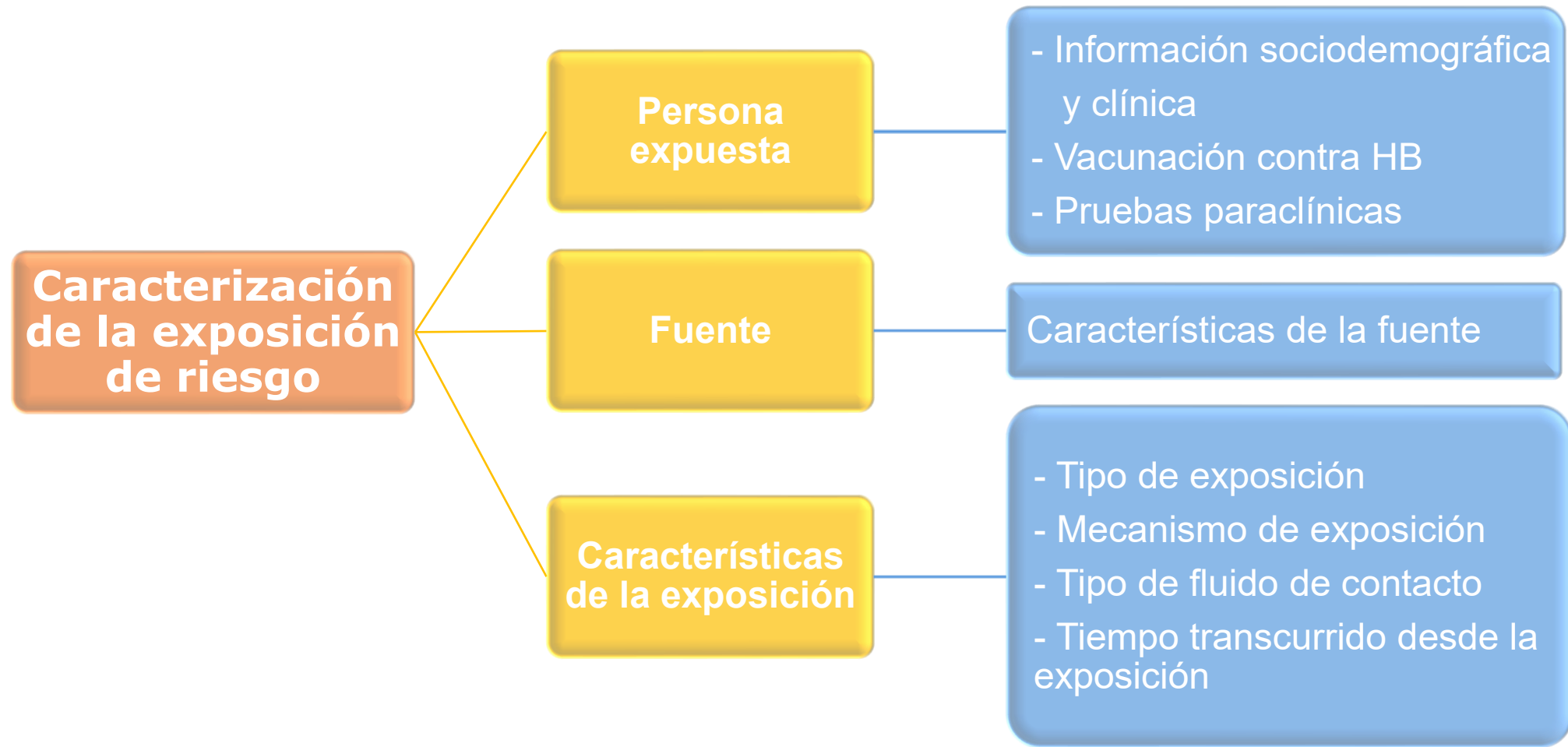
Exposiciones de riesgo biológico

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

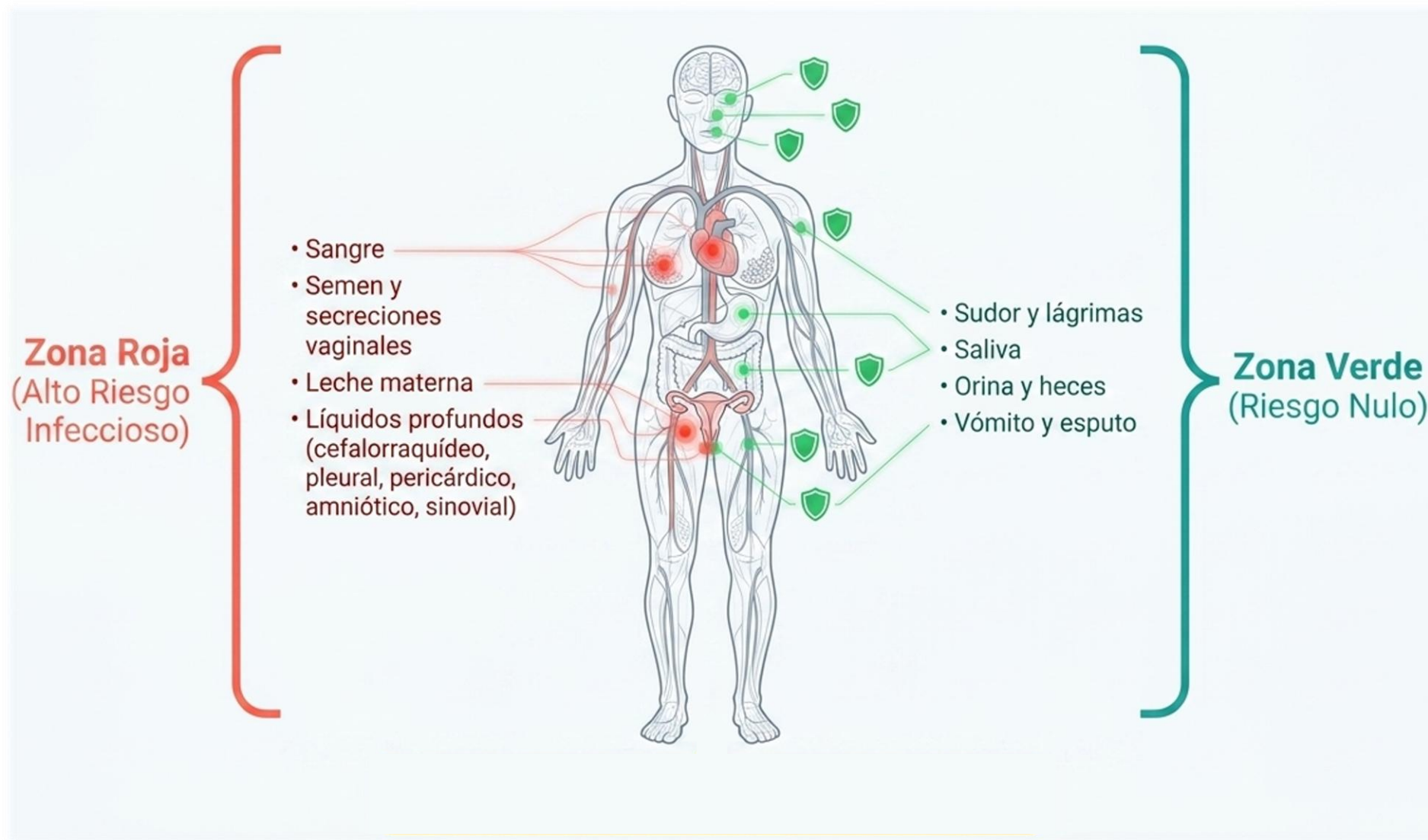
CIE-10		CIE-11	
Código	Descripción	Código	Descripción
Z202	Contacto con y exposición a enfermedades infecciosas con un modo de transmisión predominantemente sexual	QC90.2	Contacto con o exposición a enfermedades infecciosas con un modo de transmisión predominantemente sexual
Z205	Contacto con y exposición 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

Manejo de la exposición de riesgo biológico



Mapa de fluidos y vías



Evaluación del riesgo en una exposición ocupacional

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

^a 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 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,

Estratificación de riesgo: sexual y parenteral

Riesgo Considerable (0.8 - 3%)

Recepción anal con eyaculación. Compartir jeringas usadas.

Riesgo Bajo (0.05 - 0.8%)

Recepción vaginal, penetración anal/vaginal, oral con eyaculación.

Riesgo Mínimo (0.01 - 0.05%)

Sexo oral sin eyaculación.

Riesgo Nulo (<0.01%)

Besos, caricias, masturbación sin rotura de piel. NO REQUIERE PEP.

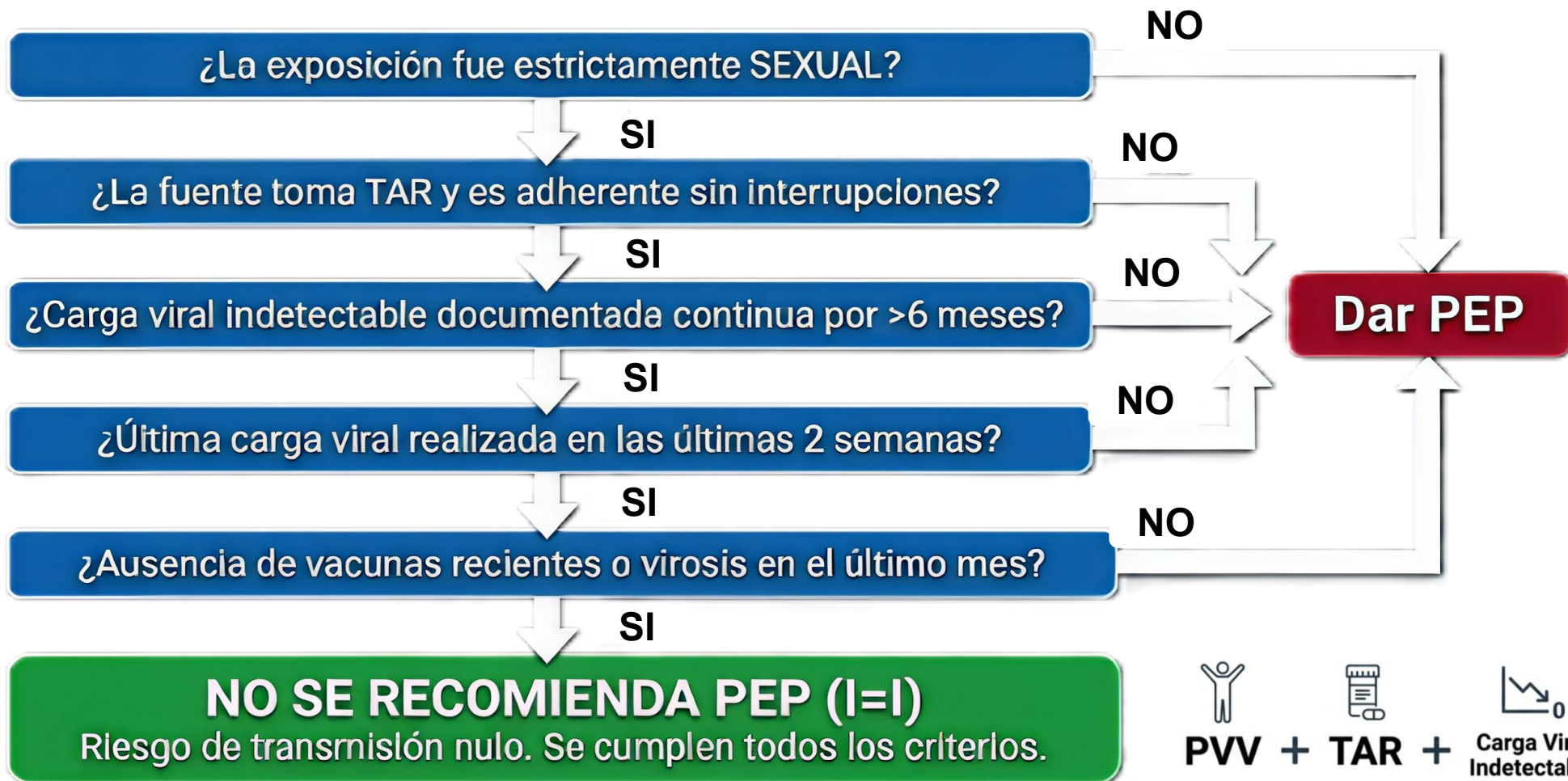


Modificador Clínico:

El riesgo aumenta sustancialmente si la fuente tiene carga viral detectable alta, lesiones sangrantes, o ITS concomitantes.

Exposición No Ocupacional: evaluación del riesgo.

Principio Indetectable=Intransmisible (I=I)



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

Riesgo estimado de infección por VIH tras diferentes tipos de exposición parenteral con fuentes VIH+ o desconocida

Condiciones que puedan aumentar el riesgo de transmisión:

☐ El grado de infectividad de 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;
- Fuente tenga una carga viral del VIH >5.000 copias/mL.

☐ La presencia de factores como sangrado, menstruación, úlceras que sangran o Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)



Recomendaciones generales ante una exposición de riesgo biológico

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.

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.

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).

5



Todo el proceso de evaluación y toma de decisiones debe hacerse en las horas inmediatamente siguientes a la exposición.

La evaluación debe considerar posible riesgo de transmisión de otros patógenos (sífilis, hepatitis B, hepatitis C).

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.

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.

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.

9



Se recomienda realizar PEP en las exposiciones con riesgo alto o apreciable (ver Tablas 5-11).

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.

11



Se recomienda valorar individualmente la necesidad de PEP en las exposiciones con riesgo bajo o mínimo.

12



No se recomienda realizar PEP en las exposiciones con riesgo nulo o despreciable.

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.

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.

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, para prevenir la posible transmisión de ITS, VIH o hepatitis B o C.

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.

Recomendaciones de Profilaxis posexposición No ocupacional



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)

- (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 + con CVP indetectable y la exposición fue sexual anal o vaginal, sin protección, no se recomienda PEP (I=1) o si es VIH desconocido sin factores de riesgo, se puede considerar no realizar PEP dado que el riesgo de transmisión es muy bajo.

Recomendaciones de Profilaxis posexposición No ocupacional



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: • Pinchazo o erosión superficial con agujas u otros objetos punzantes o cortantes abandonadas que no han estado en contacto reciente con sangre. • 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

(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.

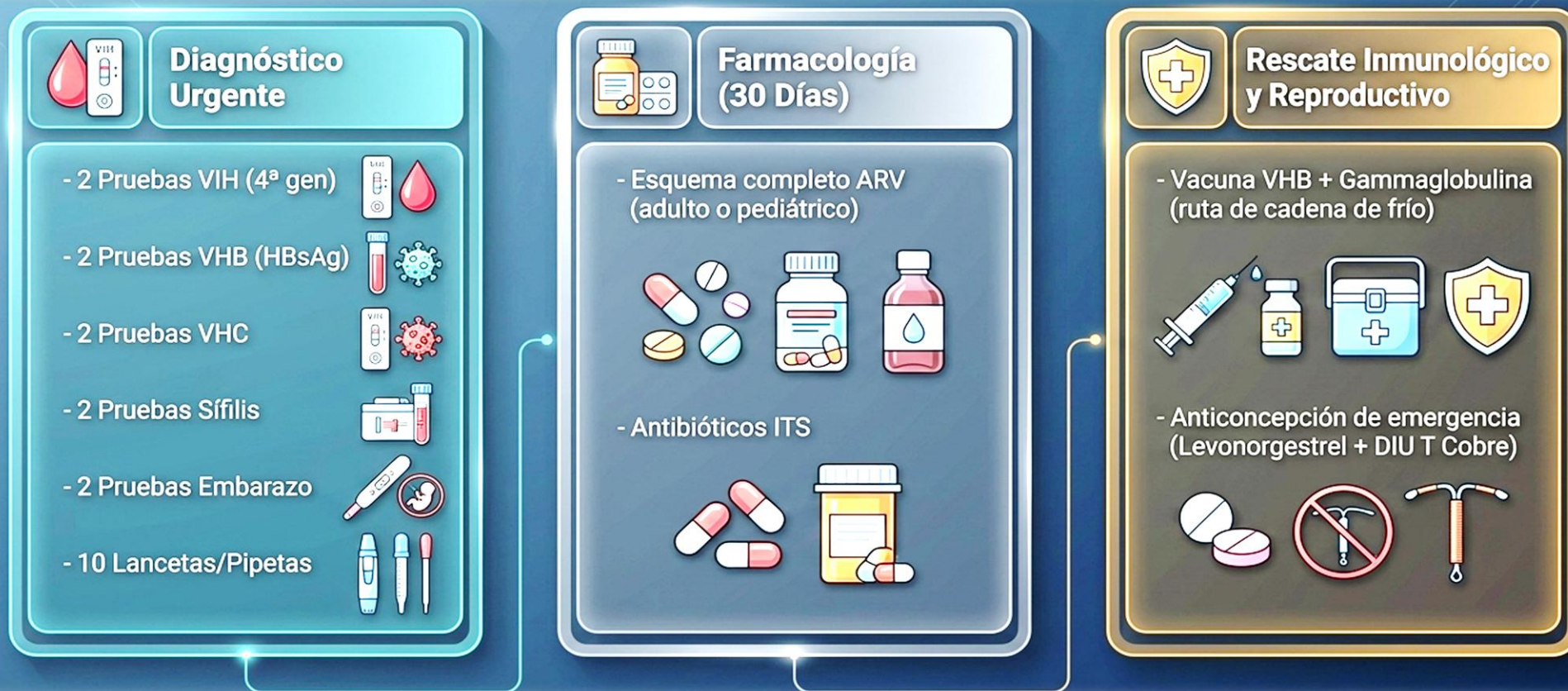
(4) Poblaciones con prevalencia de VIH mayor a la reportada para la población general (HSH, PID, mujeres transgénero, personas en situación de calle, personas que realizan actividades sexuales pagas); antecedentes de ingreso en centros penitenciarios; natural o procedente de un país con una prevalencia 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 + con CVP indetectable y la exposición fue sexual anal o vaginal, sin protección, no se recomienda PEP (I=I) o si es VIH desconocido sin factores de riesgo, se puede considerar no realizar PEP dado que el riesgo de transmisión es muy bajo.

Fuente: Modificado de Documento Consenso de PEP, GESIDA, 2015²⁹.

Kit de profilaxis posexposición

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 no se cuenta con un servicio de urgencias, pero 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.



Pruebas previas al inicio de la profilaxis posexposición



PARACLÍNICOS ESTÁNDAR (PARA TODAS LAS EXPOSICIONES)

- ✓ Prueba rápida de VIH de antígenos y anticuerpos (pruebas de 4ª generación)
- ✓ Prueba rápida de antígeno de superficie del VHB (HBsAg).
- ✓ Prueba rápida para anticuerpos contra el VHC.
- ✓ Prueba treponémica rápida de sífilis.
- ✓ Prueba de embarazo en personas en capacidad de gestar con exposición sexual.
- ✓ Anticuerpos totales anti-HTLV 1/2.



EN CASO DE ESTAR DISPONIBLES O A CRITERIO MÉDICO

- ✓ Anticuerpos contra el antígeno de superficie del VHB (anti HBs).
- ✓ Anticuerpos contra el antígeno core total del VHB (anti-HBc).
- ✓ Pruebas para otras ITS, en las exposiciones sexuales.
- ✓ Cuadro hemático completo, cuando el esquema elegido para PEP incluya Zidovudina (en el caso de niñas y niños).
- ✓ Pruebas de función renal en los casos en que el esquema usado para PEP incluya Tenofovir Disoproxil Fumarato.
- ✓ Pruebas de función hepática, a criterio médico.



Estos paraclínicos permiten establecer el estado basal de la persona expuesta y orientar el manejo, seguimiento y toma de decisiones durante la profilaxis posexposición (PEP).



RÉGIMEN DE ELECCIÓN Y REGÍMENES ALTERNATIVOS

ESQUEMA	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. 
	Esquema 2	- 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 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 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 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 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.



DRV/r
(800/100 mg)

+



TDF/FTC
(300/200 mg)

=



PEP al VIH en personas adultas, gestantes y adolescentes

Se podrá cambiar el **tenofovir disoproxil fumarato** por **tenofovir alafenamida** en las siguientes situaciones:

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

En el caso de que ninguno de los esquemas de PEP de primera y segunda opción sea adecuado consulte con un médico experto en VIH o especialista en infectología o enfermedades infecciosas.

En el caso de que la fuente viva con VIH y **se conozca que tiene antecedente de resistencia a antirretrovirales**, la elección del esquema de profilaxis debe ser individualizada direccionada por un médico experto en VIH o un médico especialista en infectología o enfermedades infecciosas.

En todos los casos, exposiciones ocupacionales y no ocupacionales, entregue a la persona expuesta el total de las dosis necesarias para completar 30 días de tratamiento profiláctico.



Efectos adversos de los antirretrovirales

Medicamento	Efectos adversos
Darunavir /ritonavir (DRV/r)	Brote cutáneo
	Incremento de enfermedad isquémica de miocardio o trombótica cerebral
	Interacciones medicamentosas
Dolutegravir (DTG)	Incremento significativo de peso (inaceptable para el paciente)
	Efectos adversos neuro psiquiátricos (especialmente cefalea, insomnio)
Elvitegravir /cobicistat (EVG/c)	Alteraciones gastrointestinales
	Interacciones medicamentosas
Emtricitabina (FTC)	Los efectos secundarios son inusuales.

Medicamento	Efectos adversos
Lamivudina (3TC)	Los efectos secundarios son inusuales.
Raltegravir (RAL)	Rabdomiólisis, miopatía, mialgias.
Tenofovir alafenamida (TAF)	Incremento en lípidos, colesterol LDL o triglicéridos.
	Incremento significativo de peso (inaceptable para el paciente).
Tenofovir disoproxil fumarato (TDF)	Disfunción tubular renal, síndrome de Fanconi, aumento de la creatinina sérica, proteinuria, glucosuria.
	Desmineralización

PEP 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 en 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/ Emtricitabina/ Dolutegravir (TDF/FTC/DTG) - Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina/ Raltegravir (TDF/3TC/RAL) - Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Raltegravir (TDF/FTC/RAL)	 Tenofovir disoproxil fumarato está aprobado solo para niños con edad igual o mayor a dos años. La dosis objetivo es de 8 mg/kg o 200 mg/m² (máximo 300 mg)
 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) - Abacavir / Lamivudina / Dolutegravir (ABC/3TC/DTG) - Abacavir / Lamivudina / Raltegravir (ABC/3TC/RAL) - Abacavir / Lamivudina / Darunavir / ritonavir (ABC/3TC/DRV/r) - 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)	 Darunavir solo está aprobado a partir de los 3 años de edad con peso mínimo de 10 kg.



NOTA: Las combinaciones deben ajustarse al peso y a la formulación disponible según la edad del niño o niña.

¡No más allá de 72 horas!

NOTAS

- **Atención prioritaria, en un lapso no mayor a dos horas desde el momento en que la persona se presenta al servicio**
- Profilaxis para VIH, 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.
- Al momento del alta hospitalaria o salida de la institución, se entregará el total de las dosis necesarias para completar **30 días de tratamiento profiláctico**.
- 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; Vía clínica de VIH 2024.



Vacuna contra el virus de la hepatitis B (VHB).



- En **personas con antecedentes de vacunación completa**, se debe **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.
- En **personas con antecedentes de vacunación incompleta**, no se inicia un nuevo esquema de vacunación, solo se da **continuidad a las dosis faltantes**, iniciando lo antes posible, e independientemente del momento en que se presente la persona expuesta.
- En **personas 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.

Profilaxis para hepatitis B

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:

- **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 21-30 días con una dosis de refuerzo al año de la primera dosis.



En gestantes:

Revise las indicaciones del fabricante **de la vacuna disponible**, dado que no todas las vacunas están autorizadas para aplicación en esta población.

Profilaxis para hepatitis B

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



Se puede aplicar de manera simultánea con la vacuna de hepatitis B, aunque en sitios diferentes de inyección.

Idealmente en las primeras 24 horas posexposición.

Aplicarse hasta un plazo máximo de **7 días** después de exposiciones percutáneas (por ejemplo, pinchazos) y **hasta 14 días** después de exposiciones sexuales (por ejemplo, violencia sexual).

Profilaxis para hepatitis B

Tabla 24. 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.		

Tabla 25. 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/ desconocid o/ negativo	Anti-HBs es mayor de 10 <u>mIU/mL</u>	No se requiere intervención.		
No respondedor ^b después de 6 dosis de vacuna contra la hepatitis B	Positivo/ desconocid o	Anti-HBs es menor de 10 <u>mIU/mL</u>	Inmunoglobulina o Gammaglobulina 2 dosis separadas por un intervalo de 4 semanas.	No	No
	Negativo		No se requiere intervención.		

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	
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 <i>rápido</i> 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

Profilaxis para ITS

Profilaxis posexposición de las ITS bacterianas en personas mayores o iguales a 18 años

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

Esquema recomendado en el caso de gestantes:

Medicamento	Presentación y dosis
Azitromicina	- 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
+	
Metronidazol	
+	
Ceftriaxona	
+	
Penicilina benzatínica	

Esquema recomendado para población clave (Hombres que tienen sexo con otros hombres y mujeres transgénero) *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 exposición⁵⁵

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

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

Profilaxis posexposición de las ITS bacterianas en menores de 12 años

Medicamento	Presentación y dosis
Azitromicina	- 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.
+	
Metronidazol	
+	
Ceftriaxona	

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

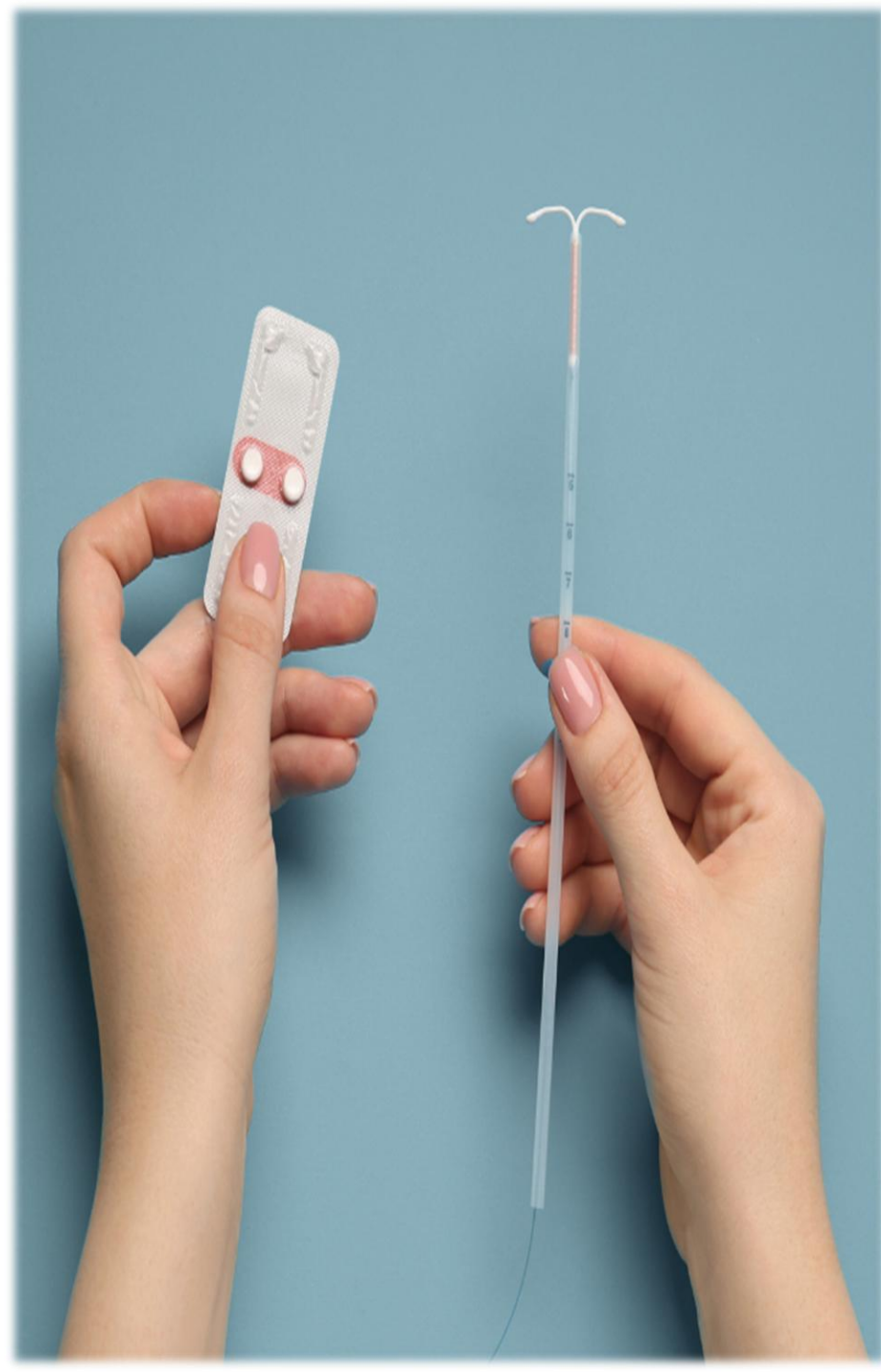
o

1 tableta de 1,5 mg. dosis única

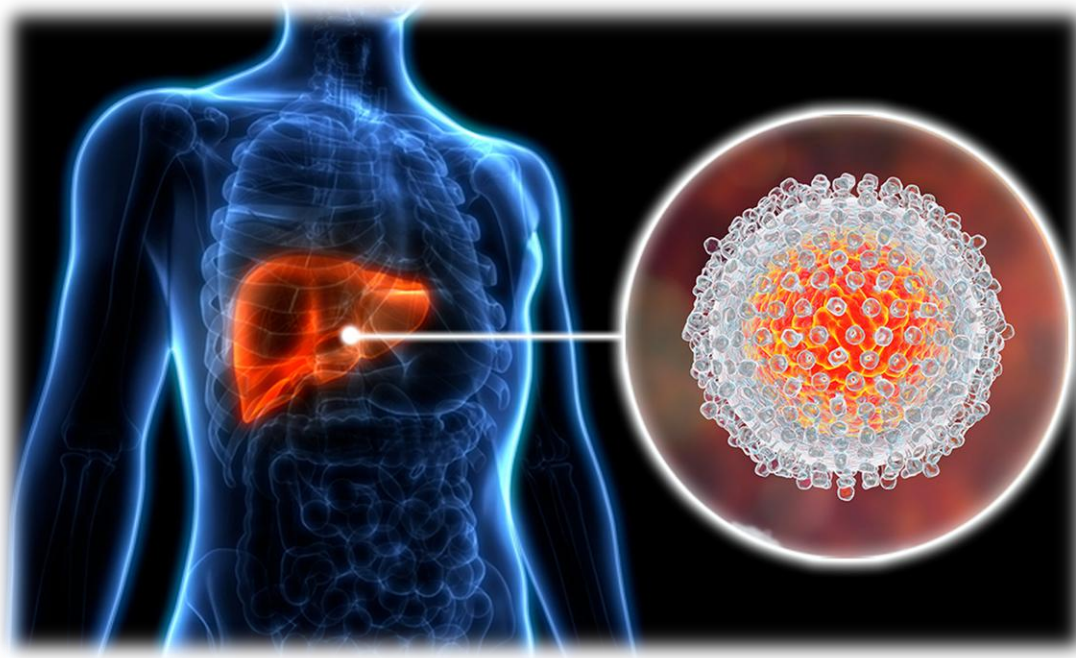
2

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.



Profilaxis para hepatitis C



- ✓ No existe vacuna contra el VHC.
- ✓ No se recomiendan antivirales de acción directa o inmunoglobulinas para la profilaxis posexposición.
- ✓ Seguir a estos pacientes para diagnosticar tempranamente las infecciones agudas y remitirlos para determinar tratamiento.

Toda prueba de Anticuerpos VHC positiva requiere carga viral para confirmar el diagnóstico.

Plan de seguimiento



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)	✓	✓	✓	✓	✓ ^a		✓ ^b
Analítica general: Cuadro hemático ^c , función renal ^d	✓	✓	✓	✓	✓		
Carga viral para VIH	Sí, ante síntomas relacionados con Síndrome retroviral agudo						
Pruebas para hepatitis B: • 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)	✓		✓				
Prueba de anticuerpos para VHC	✓			✓			✓
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. Para sífilis prueba rápida Treponémica.				
Anticuerpos totales anti-HTLV 1-2	✓				✓		
Prueba de embarazo	✓				✓		



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.

Para tener en cuenta



Mandato 1: Dispensación Completa

Entregar medicación completa para 30 días.
No fraccionar la entrega de antirretrovirales.



Mandato 2: Prevención Secundaria

Uso estricto de preservativo durante el seguimiento (24 semanas).
Prohibición absoluta de donar sangre u órganos.



Mandato 3: Transición a PrEP

Si la persona finaliza la PEP y mantiene conductas de riesgo estructurales, ofrecer o derivar inmediatamente a programa de Profilaxis Preexposición (PrEP).

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.





Salud

