

GUÍA PARA EL ABORDAJE DE LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN A INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) DE TIPO OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ

Mayo, 2023

ANEXO 1

AUTORIDADES

Dr. Luis Francisco Sucre M.
Ministro de Salud

Dra. Ivette O. Berrío A.
Viceministra de Salud

Dr. José B. Baruco V.
Secretario General

Dra. Melva L. Cruz P.
Directora General de Salud Pública

Dr. Oscar E. González A.
Subdirector General de Salud de la Población

Dr. Enrique Lau Cortés
Director General
Caja de Seguro Social

Dra. Yelkys Gill Mojica
Directora Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud
Caja de Seguro Social

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE

Dra. Geni M. Hooker C.

Jefa del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población

EQUIPO TÉCNICO DE LA SECCIÓN DE ITS/VIH/SIDA

Dr. Carlos E. Chávez Sáenz

Jefe de la Sección de ITS/VIH/SIDA

Dra. Jazmín G. Higuero B.

Encargada de clínicas de terapia antirretroviral

Dr. Johny Castillo

Médico de la Sección de ITS/VIH/SIDA

Dra. Sixta C. Arrocha

Médico de la Sección de ITS/VIH/SIDA

Lic. Rosa P. Lowe A.

Encargada de unidad de monitoreo y evaluación

Lic. Astevia I. Ávila J.

Encargada de clínicas amigables

Lic. Yariela E. Ortega

Encargada de las redes de sitios de trabajo

EQUIPO ASESOR

Lic. Ruben Pecchio – Asesor de País Panamá

Proyecto Respuesta Sostenible en Salud, VIH y Nutrición en Centroamérica

Dr. Joel A. Méndez G.

Consultor para el Proyecto Respuesta Sostenible en Salud, VIH y Nutrición en Centroamérica.

Organización Panamericana de la Salud

REVISORES

Dra. Ana Belén Arauz
Especialista en Enfermedades Infecciosas
Hospital Santo Tomás

Dra. Dora Estripeaut
Especialista en Enfermedades Infecciosas Pediátricas
Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel

Dr. Rigoberto Samaniego
Especialista en Enfermedades Infecciosas
Hospital Santo Tomás

Dr. Boris Castillo
Especialista en Enfermedades Infecciosas
Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid

Dra. Kathia Luciani
Pediatra Especialista en Enfermedades Infecciosas Pediátricas
Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera

Dr. Félix Díaz
Médico General Especialista en VIH
Hospital Santo Tomás

Dra. Joemis González
Médico General Especialista en VIH
Centro de Salud Altos de San Francisco

Dra. Yurisel Nelson
Médico General de Clínica Amigable
Centro de Salud de Santa Ana

Dr. Luis Hernández
Jefe del Programa de ITS, VIH y hepatitis virales
Caja de Seguro Social

Dra. Liliane Valdés
Jefa del Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población
Ministerio de Salud

Dr. Kasim Portugal
Jefe del Departamento de Emergencias en Salud
Ministerio de Salud

Dra. Geneva González
Jefa de la Sección de Salud Sexual y Reproductiva
Ministerio de Salud

Lic. Eglys Lasso
Enfermera de Sección de Salud Ocupacional
Ministerio de Salud

Dra. Ericka Zhong
Sección de Adulto
Ministerio de Salud

Mgter. Diana E. Varela
Jefa de la Sección de Adulto Mayor
Ministerio de Salud

Dr. Johnny Cuevas S.
Coordinación de Enfermedades Raras, poco frecuentes y huérfanas
Ministerio de Salud

CONTENIDO

ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS	8
GLOSARIO.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
JUSTIFICACIÓN	12
OBJETIVOS DE LA GUÍA.....	14
METODOLOGÍA.....	15
MARCO LEGAL.....	16
SECCIÓN N°1. GENERALIDADES DE LA EXPOSICIÓN AL VIH DE TIPO OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL.....	17
1.1. Exposición ocupacional	17
1.2 Exposición no ocupacional.....	19
SECCIÓN N°2 ABORDAJE DE LA EXPOSICIÓN AL VIH DE TIPO OCUPACIONAL...23	23
2.1. Abordaje inicial ante la exposición ocupacional	23
2.2. Determinación del riesgo de exposición y esquemas de profilaxis	25
2.3. Seguimiento a trabajadores en PEP y cierre del caso	28
SECCIÓN N°3 ABORDAJE DE LA EXPOSICIÓN AL VIH DE TIPO NO OCUPACIONAL ... 31	31
3.1. Determinación del riesgo de transmisión en exposiciones no ocupacionales	31
3.2. Abordaje inicial de la persona con exposición no ocupacional al VIH.....	33
3.3. Recomendaciones de profilaxis para adultos y niños con exposición no ocupacional al VIH.....	35
3.4. Seguimiento y cierre de caso	38
SECCIÓN N°4 ABORDAJE INTEGRAL DE LA EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL AL VIH EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN POBLACIONES CLAVES	41
4.1. Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).....	41
4.2. Mujeres trans.....	46
SECCIÓN N°5 INDICADORES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN	47
Referencias bibliográficas	49
Anexo 2	51
Formulario No. 1 Formulario de solicitud y reporte de prueba de VIH	52
Formulario No. 2 Formulario para la notificación obligatoria individual de eventos de salud pública.....	53
Formulario No. 3 Formulario para la notificación de exposición ocupacional al VIH	54
Formulario No. 4 Informe de notificación por sospecha de violencia relacionada a delitos contra el orden jurídico familiar, integridad personal, libertad sexual, adulto mayor y género.....	56

ÍNDICE DE TABLAS

N° de tabla	Título	Página
Tabla N°1	Clasificación de fluidos corporales según potencial de infección del VIH	22
Tabla N°2	Recomendación de PEP según tipo de exposición ocupacional	26
Tabla N°3	Seguimiento de trabajadores en PEP y cierre del caso	29
Tabla N°4	Riesgo de transmisión y recomendaciones de PEP según tipo de exposición sexual	32
Tabla N°5	Esquema de anticoncepción de emergencias en personas con exposición no ocupacional al VIH	37
Tabla N°6	Seguimiento de personas en PEP con exposición no ocupacional y cierre del caso	39
Tabla N°7	Cuestionario rápido para identificación de violencia sexual en personas que consultan por exposición no ocupacional al VIH	42
Tabla N°8	Indicadores de monitoreo y evaluación para implementación de la profilaxis post-exposición al VIH	48

ÍNDICE DE FIGURAS

N° de figura	Título	Página
Figura N°1	Clasificación del riesgo según tipo de exposición a fluidos corporales, condiciones y fuente de exposición	21
Figura N°2	Pruebas de laboratorio indicadas para persona fuente y trabajador expuesto en casos de exposición ocupacional al VIH	24
Figura N°3	Flujograma de abordaje de la exposición ocupacional al VIH	30
Figura N°4	Pruebas de laboratorio solicitadas a personas con exposición no ocupacional al VIH	34
Figura N°5	Flujograma de abordaje de exposición no ocupacional al VIH	40
Figura N°6	Flujograma de abordaje de exposición no ocupacional al VIH	45

ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS

ALT	Transaminasa glutamato pirúvica
Anti HBs	Anticuerpo contra antígeno de superficie de hepatitis B
AST	Transaminasa oxalacética
AZT	Azitromicina
BIC	Bictegravir
3TC	Lamivudina
CLAM	Clínica Amigable
CTARV	Clínica de Tratamiento Antirretroviral
CSS	Caja de Seguro Social
CV	Carga viral
CSS	Caja de Seguro Social
EFV	Efavirenz
EPP	Equipo de protección personal
FTC	Emtricitabina
HSB	Hombres que tienen sexo con hombres
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
ITRN	Inhibidor de la transcriptasa reversa nucleótido
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MhGAP	Guía de intervención para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada
mg.	Miligramos
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Organización de las Naciones Unidas para el SIDA
PEP	Profilaxis post-exposición
PrEP	Profilaxis pre-exposición
Tab.	Tableta
TARV	Terapia Antirretroviral
TDF	Tenofovir
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VO	Vía oral

GLOSARIO

- 1. Exposición no ocupacional al VIH:** Es la condición o actividad en donde una persona se expone a fluidos corporales potencialmente infecciosos en condiciones con capacidad para transmitir el virus de la inmunodeficiencia humana que no están asociados a actividades laborales. Dentro de este grupo se incluyen las exposiciones de tipo sexual, transfusiones sanguíneas y el acto de compartir jeringas para la administración de drogas intravenosas.

- 2. Exposición ocupacional al VIH:** Es la actividad en donde una persona en el ejercicio de su ocupación y en un entorno laboral se expone a fluidos corporales potencialmente infecciosos en condiciones con capacidad para transmitir el virus de la inmunodeficiencia humana de una persona a un trabajador.

- 3. Fuente de exposición:** Hace referencia a la persona, fluido corporal o elemento que contiene el agente infeccioso y que ante una exposición puede ser capaz de transmitir el virus de la inmunodeficiencia humana, así como otros agentes infecciosos.

- 4. Prevención combinada:** Es un conjunto de programas fundamentados en derechos y la evidencia que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

- 5. Profilaxis post-exposición al VIH:** Es una estrategia de prevención que consiste en la administración de una combinación de antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana y que debe iniciar en las primeras 72 horas posteriores a la exposición, ya sea de tipo ocupacional o no ocupacional.

- 6. Violencia sexual:** Es todo acto sexual realizado contra la voluntad de otra persona, lo que incluye cuando una persona no da su consentimiento o cuando el consentimiento no se puede dar porque la persona no tiene edad para darlo, tiene una discapacidad mental o está con capacidad nula o disminuida como resultado del consumo de sustancias psicoactivas, como por ejemplo alcohol o drogas. Estos actos sexuales contemplan la utilización de sus órganos genitales, penetración con cualquier objeto, sexo oral, tocar, frotar coacción física y/o psicológica.



INTRODUCCIÓN

La prevención de nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es clave para que el país logre las metas establecidas para poner fin a la epidemia de VIH. En ese sentido, a nivel mundial y nacional se han realizado avances importantes en la prevención del VIH basada en la prevención combinada que se refiere a intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales que tienen como finalidad reducir las nuevas infecciones.

Aparte de las medidas de prevención ya conocidas como el uso de condones y la profilaxis pre-exposición al VIH (PrEP), entre otras, existe la posibilidad de prevenir la infección por VIH después que una exposición al virus haya ocurrido, ya sea a través de una relación sexual de riesgo o en el ámbito ocupacional usando medicamentos antirretrovirales que deben ser iniciados idealmente en las primeras dos horas a la exposición y no más tarde de 72 horas.

La profilaxis posterior a la exposición (PEP) es una estrategia de prevención primaria que permite disminuir el riesgo de contraer la infección causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en las personas que se han expuesto a este virus.

La PEP puede ser administrada para reducir la posibilidad de contraer el mencionado virus después de una posible exposición a este, ya sea de forma ocupacional (cuando ésta se relaciona con un accidente relacionado al trabajo) o bien no ocupacional (cuando ésta se vincula a relaciones sexuales sin protección que tienen alto riesgo de contraer el virus ya sea de forma consensuada o bien a víctimas de violencia sexual).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha documentado en sus Guías Consolidadas para la Prevención del VIH que cuando se inicia la PEP en las primeras 72 horas posterior a

la exposición y se mantiene la toma diaria de esta profilaxis por 28 días, se reduce la probabilidad de desarrollo de la infección por VIH hasta más del 80%. Sin embargo, es ideal que los servicios de salud y personal de salud consideren la administración en las primeras dos horas, ya que posterior a este tiempo la efectividad de los medicamentos disminuye. Otros estudios han demostrado que la eficacia de la PEP está por encima del 90%. (WHO, 2021).

Este fundamento del estrecho tiempo para el inicio de PPE es importante porque la posiciona como una emergencia con la finalidad de asegurar su efectividad, reducir la posibilidad de nuevas infecciones e impactar en los gastos asociados a la salud pública al evitar cada nueva infección. Al ser una emergencia requiere una rápida respuesta de los servicios de salud.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) por sus siglas en inglés ha también documentado y recomendado como estrategia de prevención combinada el uso de PEP para reducir el riesgo de transmisión del VIH a personas con una exposición de alto riesgo a este virus a través de relaciones sexuales. Esta misma organización ha establecido metas para reducir el número global de nuevas infecciones a menos de 200 mil hacia el 2030 y que el 95% de las personas con riesgo de infección al VIH tengan acceso a servicios de prevención que incluyan tanto PrEP como PEP.

Por último, esta guía no solo aborda la exposición al VIH, sino también la exposición a agentes infecciosos que puedan transmitirse mediante exposiciones sexuales o bien a través de transmisión parenteral por la exposición a sangre en el contexto de una relación sexual o de un accidente con objeto punzocortante. En dicho abordaje existen consideraciones para reducir el riesgo de transmisión de otros agentes infecciosos a parte del VIH.



JUSTIFICACIÓN

La prevención combinada es una estrategia basada en un conjunto de intervenciones a nivel biomédico, conductual y estructural para reducir las nuevas infecciones causadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y es recomendada a nivel mundial como uno de los componentes fundamentales para poner fin a la epidemia de VIH.

En Panamá, el VIH es un problema de salud pública que requiere una serie de intervenciones enfocadas en el logro de las metas 95-95-95 relacionadas a diagnóstico, tratamiento y supresión viral, sin dejar de incluir la prevención para reducir las nuevas infecciones asociadas a este virus.

Dentro del plan para la reducción de las nuevas infecciones por VIH en el país, se incluye la profilaxis post-exposición como una estrategia que forma parte de la prevención combinada, de intervención biomédica, efectiva, basada en la evidencia y que puede ser aplicada al ámbito ocupacional entre el personal de salud que sufre accidentes dentro del desarrollo de sus actividades laborales o la no ocupacional basada en relaciones sexuales consensuadas o no y que presentan un riesgo significativo de transmisión.

Este amplio espectro de exposiciones hace necesaria la presentación de una guía que actualice y consolide información para los proveedores de salud sobre el manejo integral de las personas expuestas al VIH con la finalidad de ofrecerle la PEP y así prevenir nuevas infecciones.

Así mismo, este documento tiene un componente transversal que incluye la participación de diferentes programas como ITS, VIH/sida, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Ocupacional y los Programas de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. A pesar de que la presente guía se enfoca principalmente en la prevención del VIH, no está limitada a ella y se incluye de manera integral el abordaje para la prevención de otros agentes infecciosos que comparten el mismo mecanismo de transmisión como lo son otras infecciones de transmisión sexual y la hepatitis B y C.

Con esta guía se espera que los proveedores de salud a nivel nacional, públicos y privados, y en los diferentes niveles de atención cuenten con recomendaciones y procesos estandarizados para el abordaje integral de las personas expuestas a nivel ocupacional y no ocupacional al VIH con un enfoque de que dichas exposiciones son emergencias médicas que requieren una atención y respuesta oportuna.

Los beneficiarios serán los profesionales de la salud a nivel nacional que contarán con una guía de referencia para el adecuado abordaje de las personas que se encuentren expuestas y todos los individuos que puedan estar expuestos podrán beneficiarse de la reducción del riesgo de contraer el VIH, así como también otras infecciones de transmisión sexual y parenteral.

El impacto de esta guía está fundamentado en la prevención de nuevas infecciones de VIH, lo que permitirá acercar al país hacia un mejor control de la epidemia, y aun cuando la evidencia científica establece porcentajes de riesgo muy bajos de transmisión del VIH en exposiciones ocupacionales y porcentajes variables en exposiciones no ocupacionales, la prevención de nuevos casos, tendrá un gran impacto en la reducción de los gastos a la salud pública relacionados con la atención y seguimiento de personas con VIH, que es la categoría de gasto que mayor inversión genera el sistema de salud en la respuesta al VIH.

Además, esta guía incluye el abordaje de las exposiciones no ocupacionales en casos de violencia sexual, abordaje que, usualmente guías anteriores han enfocado, de forma limitada, en víctimas del sexo femenino. En esta actualización se prevén intervenciones PEP en respuesta a un más amplio rango de víctimas de violencia sexual como las poblaciones claves, un problema de salud que es aún menos notificado y descrito a nivel mundial.

OBJETIVOS DE LA GUÍA

Objetivo general

1. Contribuir a la prevención de nuevas infecciones por VIH y otros agentes infecciosos de transmisión sexual y parenteral en personas que hayan experimentado una exposición de alto riesgo al virus de inmunodeficiencia humana manera ocupacional o no ocupacional.

Objetivos específicos

1. Proveer al personal de salud las recomendaciones actualizadas y estandarizadas a nivel nacional para la identificación de personas elegibles a esta profilaxis, la prescripción, el monitoreo y el seguimiento de las personas hasta finalizar la profilaxis.
2. Establecer el flujo para la atención de las personas elegibles para la profilaxis post-exposición al VIH.
3. Identificar los recursos materiales, físicos y humanos que se requieren para la implementación de la profilaxis post-exposición al VIH.
4. Determinar los elementos para la notificación, monitoreo y evaluación de la intervención.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada para la elaboración de esta guía estuvo basada en las siguientes técnicas:

1. Revisión documental: se examinaron guías, manuales, documentos consolidados de recomendaciones internacionales de referencia, artículos de revistas científicas indexadas en bases médicas para actualización de recomendaciones nacionales.

2. Reunión con especialistas nacionales en el tema para obtener recomendaciones nominales de puntos claves de la guía.

3. Taller de validación de la guía: con la participación de expertos, autoridades nacionales y equipos técnicos de las direcciones, departamentos y secciones del Ministerio de Salud, especialistas de instalaciones de salud, agencias de cooperación internacional y organizaciones de la sociedad civil.

4. Se realizó revisión de la guía por secciones y a través de instrumento de sistematización se recolectaron las observaciones a la misma. Los puntos en controversia se solucionaron a través de plenarias y consensos dentro del taller de validación.

MARCO LEGAL

1. Constitución Política de la República de Panamá. Artículo 109 que establece que es labor del Estado velar por la salud de la población de la República.

2. Ley 66 de 10 de noviembre de 1947 que aprueba el Código Sanitario de la República de Panamá.

3. Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969 por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones y se establecen las normas de integración y coordinación de las Instituciones del sector salud.

4. Decreto Ejecutivo 75 de 27 de febrero de 1969 que establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud.

5. Decreto Ejecutivo N°111 del 23 de junio de 1999 del que establece el reglamento para la gestión y manejo de los desechos sólidos procedentes de establecimientos de salud.

6. Decreto Ejecutivo N°1617 del 21 de octubre de 2014 que determina y categoriza los eventos de salud pública de notificación e investigación en la República de Panamá.

7. Decreto Ejecutivo N°182 del 8 de junio de 2018 que aprueba el formulario denominado Informe de Notificación por Sospecha de Violencia relacionada a delitos contra el Orden Jurídico Familiar, Integridad Personal, Libertad Sexual, Adulto Mayor y Género modificado mediante Decreto Ejecutivo N°57 del 1 de marzo de 2019.

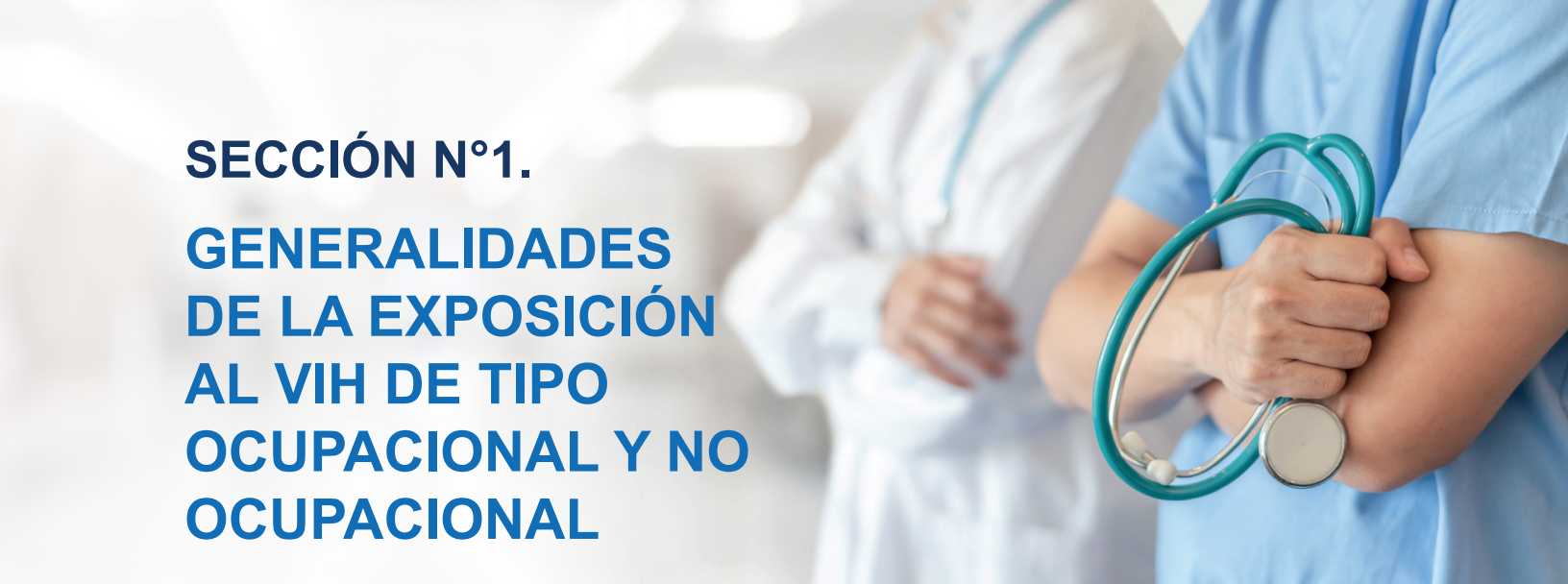
8. Ley N°40 del 14 de agosto de 2018 que establece el marco jurídico para el abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana.

9. Resolución N°510 del 28 de junio de 2019 que adopta las normas de medidas básicas para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención a la salud, para su aplicación en todas las instalaciones de salud del país.

10. Ley N°252 del 8 de noviembre de 2021 que establece el cumplimiento obligatorio de las medidas de bioseguridad en todas las instalaciones de salud.

11. Resolución N°371 del 10 de junio de 2022 que aprueba el protocolo para la atención integral de la violencia sexual en niñas, adolescentes y mujeres.

12. Resolución N°167 del 10 de marzo de 2022 que aprueba la Norma de Atención Integral para Poblaciones Claves.



SECCIÓN N°1.

GENERALIDADES DE LA EXPOSICIÓN AL VIH DE TIPO OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL

1.1. Exposición ocupacional

La exposición ocupacional al VIH hace referencia a aquella actividad en donde una persona en el ejercicio de su ocupación y en un entorno laboral se expone a fluidos corporales potencialmente infecciosos con capacidad para transmitir el virus de inmunodeficiencia humana a un trabajador.

Dentro de esta amplia definición, los trabajadores de salud tienen una mayor probabilidad de estar expuestos a estas actividades de riesgo por la naturaleza de sus funciones laborales, de las cuales los accidentes con objetos punzocortantes son los de mayor riesgo de exposición al VIH y otras infecciones de transmisión parenteral como la hepatitis B y C, cuyo riesgo de transmisión bajo este tipo de transmisión es incluso mayor que para el VIH.

El riesgo de infección al VIH a través de exposición ocupacional en personal de salud es relativamente bajo y se ha identificado un 0,3% para exposición percutánea y de 0,09% cuando hay exposición de mucosas. Si se añade el uso de PEP en personal de salud con estas exposiciones el riesgo de seroconversión es cercano a cero.

Sin embargo, el riesgo de exposición a virus de transmisión parenteral es más alto en el caso del virus de la hepatitis C en donde existen incidencias de seroconversión de 1,8% y entre el 6-30% en el caso del virus de la hepatitis B. En este último caso, el amplio porcentaje de riesgo de transmisión está vinculado a la positividad de antígenos del virus.

La variación en el porcentaje de riesgo de infección en ámbitos ocupacionales puede variar según diferentes condiciones durante la exposición como:

- a. Profundidad de la lesión punzocortante.
- b. Tiempo que pasó el objeto punzocortante en el ambiente hasta el momento de la exposición.
- c. Carga viral de la fuente primaria en donde se usó el objeto punzocortante.
- d. Tipo de fluido bajo exposición.

Para reducir la exposición al virus en personal de salud es importante enfatizar en las siguientes medidas de prevención:

- a. Asistencia con ayudantes en procedimientos que requieran cambio de jeringas o realizar varias maniobras (tomar muestra de gases arteriales).
- b. Asistencia de ayudantes en el caso de pacientes agitados, poco cooperadores durante un procedimiento o niños de corta edad.
- c. No volver a encapsular la aguja, previamente utilizada.
- d. Evitar manipular o desarticular un objeto punzocortante directamente con los dedos (bisturí); de ser necesario, utilizar pinzas.
- e. Evitar en todo momento que la punta de un objeto corto punzante esté en dirección hacia alguna parte del cuerpo del operador o ayudante.
- f. Asegurar la cercanía inmediata de los contenedores para desecho de elementos cortopunzantes y que se encuentren próximos a la zona donde se realice procedimiento.
- g. Utilizar una bandeja para recepción y entrega de objetos cortopunzantes. Evitar traspaso directo de mano a mano entre el personal.
- h. Comunicar verbalmente (en voz alta) cuando se pasa un objeto corto punzante.
- i. Asegurar el uso de dispositivos punzocortantes que tengan especificaciones de seguridad para reducir riesgos ocupacionales como técnicas del tubo al vacío para venopunción en reemplazo de las jeringas tradicionales y agujas con dispositivos de seguridad retráctiles.
- j. Disponer de recipientes para descarte de material punzocortante resistente al traspaso de objetos punzocortantes y ubicarlos de forma accesible a la vista y alcance de manos y del trabajador de salud y con especificaciones adecuadas para contener este material. El recipiente debe descartarse una vez haya ocupado una capacidad de tres cuartas partes del total de su capacidad máxima y nunca se debe intentar por ningún medio compactarlos para aumentar su capacidad de almacenaje.

- k. Segregación adecuada de los objetos punzocortantes en recipiente rígido con especificaciones establecidas para tal fin.
- l. Disponibilidad de equipo de protección personal para el personal y capacitación en uso correcto de este equipo para la realización de procedimientos con exposición a fluidos corporales mediante guantes, batas, lentes o pantallas de protección facial y mascarillas o respiradores entre otros elementos según evaluación de riesgos.
- m. En el caso de la prevención del virus de la hepatitis B, asegurar la vacunación completa de los profesionales de la salud y estudiantes de carreras de la salud que tienen riesgos a exposiciones ocupacionales.
- n. De ocurrir heridas punzocortantes o salpicaduras es necesario realizar inmediatamente lavado con agua y jabón, dejar fluir la sangre, desinfectar la herida con un antiséptico y cubrirla con un apósito impermeable. En el caso de salpicaduras a conjuntiva del ojo el lavado se hará únicamente con agua abundante o solución salina normal. No debe bajo ningún motivo manipular el sitio del accidente, ya que esto puede causar una vasodilatación y mayor facilidad para la entrada de agentes infecciosos.
- o. Los programas o servicios de Salud Ocupacional, Comités de Bioseguridad y Comités de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud deben realizar capacitación continua y supervisión de prácticas seguras para el manejo de punzocortantes.

1.2. Exposición no ocupacional

La exposición no ocupacional al VIH hace referencia a relaciones sexuales y a uso de agujas contaminadas para inyección de drogas intravenosas. En Panamá, el uso de drogas intravenosas es muy infrecuente por lo que se enfocará en la exposición asociada a relaciones sexuales.

Todas las relaciones sexuales sin uso de métodos de barreras como el condón representan un riesgo para la exposición al VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Dentro de las exposiciones sexuales, la penetración anal receptiva es la que tiene mayor riesgo, seguida de la penetración anal insertiva, la penetración vaginal receptiva, la penetración vaginal insertiva y con menor riesgo el sexo oral.

Además del tipo de relación sexual sin métodos de barrera es importante considerar otros factores que incrementan el riesgo de exposición a este virus como:

- a. Relaciones sexuales con persona con estatus conocido de VIH y que se encuentre en abandono o no se encuentra en supresión viral.
- b. Presencia de úlceras en genitales o región anal por otras infecciones de transmisión sexual como la sífilis y herpes.

- c. Relaciones sexuales traumáticas con exposición a sangre en mucosas.
- d. Hombres sin circuncisión.

Para reducir la exposición al VIH en relaciones sexuales es importante considerar las siguientes medidas de prevención:

- a. Uso correcto y consistente de métodos de barrera como los condones. En el caso de relaciones anales es importante considerar el uso de lubricante a base de agua para reducir la posibilidad de lesiones en la mucosa anal que favorezcan la entrada del virus y otros agentes infecciosos de transmisión sexual. La efectividad del condón aumenta en la medida que se realice un adecuado uso que consiste en verificar su fecha de vencimiento y la integridad de la envoltura, almacenar en lugares sin humedad y colocarlos adecuadamente.
- b. Uso de PrEP en personas con alto riesgo de contraer VIH según lo establecido en la Resolución N°255 del 24 de abril de 2023 que aprueba la Norma para el Manejo de la Profilaxis Preexposición (PrEP) al Virus de la Inmunodeficiencia Humana en la República de Panamá.
- c. A las personas con diagnóstico de VIH conocido, se les debe iniciar de forma rápida el tratamiento antirretroviral y usar condones en todas las relaciones sexuales, principalmente durante los primeros 6 meses posteriores al inicio de la terapia y hasta que no se cuente con una carga viral de esta persona indetectable. Posterior a esto, es importante considerar que el riesgo de transmisión de una persona con VIH es nulo siempre y cuando tenga una adherencia al tratamiento estable y sin interrupciones.

Numerosos estudios han intentado clasificar las exposiciones según el nivel de riesgo que representa la actividad realizada y la forma en la que se tuvo contacto con diferentes fluidos corporales, las características de la exposición y las condiciones de la fuente de exposición. En la siguiente figura se clasifican según 3 categorías de riesgo: sustancial, intermedio y no significativo.

Figura N°1

Clasificación del riesgo según tipo de exposición a fluidos corporales, condiciones y fuente de exposición.

Riesgo sustancial (recomendar PEP)

Exposición vaginal, anal, mucosas, ojos, piel con pérdida de continuidad o contacto percutáneo con secreciones como semen, sangre, secreciones vaginales, leche materna y secreciones rectales visiblemente contaminadas con sangre cuya fuente es una persona con estatus serológico para VIH conocido y sin uso de TARV estable.

Riesgo intermedio (recomendar PEP con valoración individual)

Exposición vaginal, anal, mucosas, ojos, piel con pérdida de continuidad o contacto percutáneo con secreciones como semen, sangre, secreciones vaginales, leche materna y secreciones rectales visiblemente contaminadas con sangre cuya fuente es una persona con estatus serológico para VIH desconocido o persona con VIH en TARV y carga viral indetectable.

Riesgo no significativo (no recomendar PEP)

Exposición vaginal, anal, mucosas, ojos, piel con pérdida de continuidad o contacto percutáneo con secreciones nasales, orina, saliva, lágrimas o sudor que no esté visiblemente infectado con sangre independientemente de la forma de exposición.

Fuente: Elaboración propia.

Así mismo, se han identificado los fluidos corporales que son o no potencialmente infecciosos para la transmisión del VIH. Estos se clasifican según la siguiente figura:

Tabla N°1

Clasificación de fluidos corporales según potencial de infección del VIH.

Potencialmente infecciosos	No infecciosos (siempre y cuando no se encuentren mezclados de sangre visible)
Sangre	Saliva
Semen	Orina
Secreciones vaginales	Heces
Pus	Vómito
Líquido amniótico	Sudor
Líquido cefalorraquídeo	Lágrimas
Líquido pleural	Secreción nasal
Líquido sinovial	
Líquido peritoneal	
Leche materna	

Fuente: Elaboración propia.

SECCIÓN N°2.

ABORDAJE DE LA EXPOSICIÓN AL VIH DE TIPO OCUPACIONAL



2.1. Abordaje inicial ante la exposición ocupacional

En esta sección se describe el flujo de atención ante la exposición ocupacional de trabajadores a eventos de riesgo para contraer el VIH.

Una vez haya ocurrido la exposición, el trabajador aplicará medidas de limpieza y desinfección en el área afectada según el tipo de accidente ocurrido.

Cuando se presentan heridas o punciones con objeto punzocortante, la herida se dejará abierta y se permitirá que fluya la sangre sin usar ninguna maniobra sobre la herida. Se procederá a la limpieza con abundante agua y jabón antiséptico por varios minutos. No se debe ejercer presión, frotar, cepillar ni aplicar torniquetes en el área afectada, ya que esta manipulación puede provocar vasodilatación de los vasos sanguíneos en el área y condicionar a mayor facilidad para la entrada del virus o algún otro agente infeccioso.

En el caso de piel sin pérdida de continuidad se procederá a lavar con abundante agua y jabón antiséptico. Mientras que los ojos y mucosas se irrigarán con abundante agua o solución salina fisiológica.

El trabajador comunicará del accidente ocurrido a su jefe o supervisor inmediato con el objetivo que este último pueda reorganizar las funciones mientras esté de baja el trabajador. Inmediatamente, el trabajador será enviado a evaluación médica de preferencia a la Clínica de Salud Ocupacional o al Servicio de Emergencias para manejo inicial en donde se le realizará la historia clínica, examen físico, determinación del riesgo según tipo de exposición y la solicitud de pruebas de laboratorio. En caso de que la instalación de salud no cuente con ninguno de estos servicios, el trabajador será referido de manera urgente al servicio de Emergencias en su región de salud.

Además, el médico que evalúa al trabajador procederá a completar el Formulario de Notificación de Exposición Ocupacional al VIH (Ver Anexo N°3) para su debido reporte al Comité de Bioseguridad y al Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) del establecimiento de salud, así como también a la unidad de Riesgos Profesionales de la Caja de Seguro Social (CSS).

La solicitud de pruebas de laboratorio podrá ser solicitadas tanto al trabajador como al paciente fuente en caso de que se conozca. Se realizará la toma de muestras sanguíneas correspondientes cumpliendo las precauciones estándar de bioseguridad y se procesarán de manera urgente los resultados de estas pruebas en el laboratorio. (Ver Figura N°2).

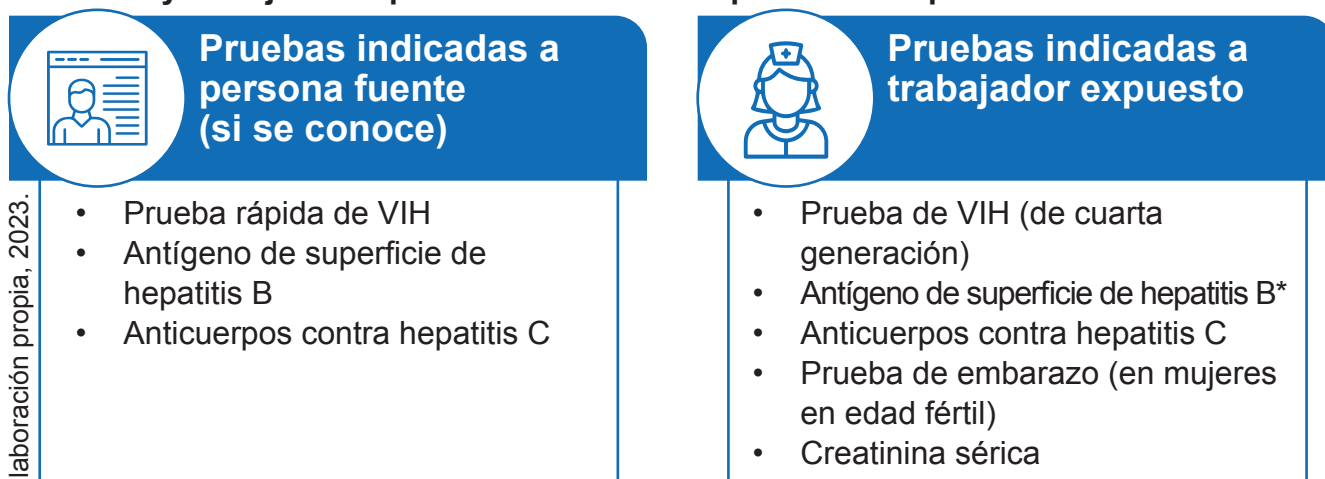
La prueba de VIH se ofertará previa asesoría de prueba y su solicitud se realizará a través del *Formulario de solicitud y reporte de prueba de VIH* (Ver Anexo N°1) y sus resultados se interpretarán según el algoritmo aprobado en la República de Panamá. A la persona con exposición al VIH y al paciente fuente si se conoce, se le deben ofrecer otras pruebas para la detección de infecciones de transmisión por sangre como hepatitis B y C. Es importante recordar que el riesgo de transmisión de la hepatitis B y C en exposiciones ocupacionales como accidentes percutáneos es incluso más alto que el riesgo de transmisión al VIH.

En ningún caso la falta de estas pruebas o de sus resultados deberá posponer el inicio de la PEP si está indicado para el trabajador luego de la valoración del riesgo. En caso de que la prueba de VIH del paciente fuente sea negativa NO se iniciará PEP o si ya se inició se deberá suspender, ya que no existe evidencia de casos de transmisión ocupacional del VIH en periodo de ventana.

En el trabajador expuesto es recomendable, además, solicitar otras pruebas para identificar posibles contraindicaciones a algunos de los medicamentos de la PEP como la creatinina sérica (con el objetivo de calcular la tasa de filtración glomerular) y pruebas de función hepática como las transaminasas. Ver Figura N°2.

Figura N°2

Pruebas de laboratorio indicadas para persona fuente y trabajador expuesto en casos de exposición ocupacional al VIH.



Fuente: Elaboración propia, 2023.

*Omitir la solicitud de esta prueba a trabajadores expuestos que puedan evidenciar su esquema completo de vacunación contra hepatitis B a través de tarjeta de vacunación u otra forma de registro. Trabajadores expuestos con esquemas incompletos o no verificables deberán ser vacunados inmediatamente.

El médico que atiende al trabajador deberá realizar historia clínica, examen físico, clasificar el riesgo según tipo de exposición, analizar los resultados de las pruebas de laboratorio, prescribir la profilaxis, orientar sobre la adherencia a estos fármacos y completar la referencia a la sección de Riesgos Profesionales de la Caja de Seguro Social.

También se dará referencia para seguimiento a los 30 días del caso a la Clínica de Salud Ocupacional. En caso de no contar con este servicio, podrá ser referido para seguimiento a la CTARV o Medicina Interna o Medicina General según disponibilidad de estos servicios en la región de salud correspondiente. La referencia debe ir acompañada de la solicitud de pruebas que debe realizarse el expuesto para el seguimiento.

Es responsabilidad del personal de salud que ofrece la PEP dar las orientaciones recomendadas para mantener niveles óptimos de adherencia, así como también identificar barreras que podrían limitar la misma.

Se le debe orientar a la persona expuesta sobre los efectos secundarios de la profilaxis y sobre las posibles interacciones que pueda tener con otros medicamentos usados para condiciones preexistentes. También se le orientará sobre posibles manifestaciones clínicas iniciales de VIH o de otra infección de transmisión parenteral y la importancia de acudir a evaluación médica ante cualquier aparición de estas manifestaciones.

Se le recomendará también a la persona expuesta, el uso de condón en toda relación sexual especialmente durante el periodo de profilaxis y hasta que no se cierre el caso. Tampoco podrá durante el periodo de seguimiento y hasta el alta médica ser donante de sangre ni de órganos.

2.2. Determinación del riesgo de exposición y esquemas de profilaxis

Para determinar y clasificar el riesgo de exposición ocupacional ante un accidente, es importante que el médico realice una historia clínica detallada para conocer aspectos relacionados a este incidente como los antecedentes patológicos de la fuente si se conoce, mecanismo de exposición, fluido con el que se entró en contacto, tiempo que ha pasado desde la exposición, historia vacunal (importante en hepatitis B) y otros detalles relacionados con el momento de la exposición.

De acuerdo con las Figuras N°1 y Figura N°2 de la sección anterior se pueden realizar las clasificaciones de exposición y las recomendaciones de PEP de la siguiente manera:

Tabla N°2

Recomendación de PEP según tipo de exposición ocupacional.

Tipo de exposición ocupacional	Recomendación
Exposición percutánea con sangre, fluido potencialmente infeccioso o fluido no infeccioso mezclado con sangre.	Recomendar PEP.
Exposición de mucosas o piel con pérdida de continuidad a sangre, fluidos potencialmente infecciosos o no infecciosos mezclados con sangre.	Valorar individualmente cada caso (en estos casos se debe orientar al trabajador expuesto sobre su riesgo de exposición y ofrecerle las posibilidades de manejo para su elección).
Exposición con fluidos corporales sin potencial infeccioso y que no estén mezclados con sangre.	No recomendar PEP.

Fuente: Elaboración propia, 2023.

La recomendación de PEP está basada en la administración de una combinación de 3 medicamentos antirretrovirales en una presentación oral de dosis diaria y fija por 30 días que se deben iniciar en las primeras 72 horas posterior a la exposición ocupacional y de preferencia en las primeras 2 horas del evento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la administración de 3 antirretrovirales para la PEP basada en la buena tolerancia y culminación de profilaxis, estos esquemas y la buena respuesta de las nuevas drogas como los inhibidores de integrasa, especialmente dolutegravir.

La combinación recomendada en adultos y adolescentes mayores de 12 años debería estar formada por:

2 inhibidores de transcriptasa reversa análogos de nucleósidos (ITRN) + 1 ARV de otra familia. (se prefiere usar inhibidores de integrasa para favorecer la buena tolerancia, pocas interacciones medicamentosas y asegurar la adherencia).

Esquemas preferentes y alternativos de profilaxis post-exposición al VIH en adultos

Esquema preferente:

2 ITRN + 1 inhibidor de integrasa

Lamivudina (3TC) + Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) + Dolutegravir (DTG)

300 mg/ 300 mg / 50 mg
1 tab. VO cada día por 30 días

○

Emtricitabina (FTC) + Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) y Raltegravir (RAL)

200 mg/ 300 mg y 400 mg
1 tab. VO cada día por 30 días y 1 tab. VO cada día por 30 días

Esquema alternativo:

Emtricitabina (FTC) + Tenofovir alafenamida (TAF) + Bictegravir (BIC)

200 mg /25 mg/ 50 mg
1 tab. VO cada día por 30 días

El uso del esquema alternativo estará indicado para trabajadores que requieran PEP que tengan una tasa de filtración glomerular menor de 50 ml/min, o bien aquellos que tengan comorbilidades que predispongan a una disminución de la función renal como hipertensión arterial, diabetes mellitus entre otras.

Las regiones de salud deberán definir las instalaciones de salud en donde tendrán disponibilidad de la profilaxis y las pruebas de laboratorio de forma accesible y en cualquier día y hora de la semana para evitar retrasos en el inicio de la profilaxis.

Si un trabajador se rehúsa a iniciar la profilaxis, aun teniendo criterios de elegibilidad para su inicio, este deberá firmar un documento de Relevo de Responsabilidad de la institución con la presencia y firma de dos testigos. También se deberá documentar esta situación en el Formulario de notificación de exposición ocupacional al VIH.

2.3. Seguimiento a trabajadores en PEP y cierre del caso

El seguimiento de las personas que inician PEP es fundamental para lograr la mayor eficacia posible de la profilaxis. Los estudios han demostrado porcentajes de eficacia superior al 90% cuando se mantiene una adherencia óptima en el periodo de 30 días que dura la profilaxis. Los seguimientos a los trabajadores expuestos y en PEP se realizará a los 30 y 90 días posteriores a la exposición respectivamente.

El periodo de 30 días representa un corto tiempo por el cual la mayoría de las personas podrían tener buena adherencia. Es responsabilidad del personal de salud dar las orientaciones necesarias para indicar la importancia de la adherencia, identificar barreras que pueden limitar la adherencia y mecanismos para apoyarla.

Las exposiciones ocupacionales al VIH suelen ser eventos que generan mucha ansiedad en la mayor parte de los trabajadores, por lo cual se recomiendan que todos los expuestos sean abordados en el seguimiento por un especialista en salud mental.

El seguimiento al final de los 30 días será realizado de preferencia por la Clínica de Salud Ocupacional. En aquellos lugares en donde no haya este servicio, la atención será brindada por la CTARV, un especialista en Medicina Interna o por Medicina General según la disponibilidad de estos profesionales en la instalación o región de salud. La única condición para referir a un trabajador expuesto a seguimiento por parte en un especialista en Enfermedades Infecciosas será en aquellos casos en donde la fuente es un paciente con VIH conocido con drogo resistencia a alguno de los antirretrovirales.

Las personas deberán ser orientadas para el uso del condón correctamente en todas las relaciones sexuales durante el periodo de seguimiento de la profilaxis y hasta que se le haya dado de alta tres meses después de repetir la prueba de VIH y su resultado sea negativo. A los usuarios de PEP se les debe realizar una prueba de VIH al completar su profilaxis (al terminar los 30 días del esquema de PEP) y una segunda prueba a los 3 meses contados a partir de dicha prueba.

Un resultado de prueba de VIH negativo luego de 3 meses de haber culminado la PEP será criterio para dar el alta. Un resultado positivo será referido a las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral para inicio de tratamiento y seguimiento.

La única excepción para realizar un seguimiento a los 6 meses del accidente es en aquellas personas cuya fuente de exposición presentaba infección por hepatitis C. En estos casos hay que considerar la seroconversión tardía de esta infección y por tanto se hace necesaria una prueba de hepatitis C a los 6 meses.

Tabla N°3
Seguimiento de trabajadores en PEP y cierre del caso.

Tipo de atención o pruebas a realizar	A los 30 días de inicio de PEP	A las 12 semanas (3 meses)	A las 24 semanas (6 meses)
Atención médica en Servicio de Enfermedades Infecciosas y/o Clínica de Salud Ocupacional	X	X	
Prueba de VIH	X	X	
Carga viral de VIH	Ante manifestaciones		
Antígeno Hepatitis B*	X	X	
Antígeno Hepatitis C	X	X	X**
Prueba de embarazo	X	X	

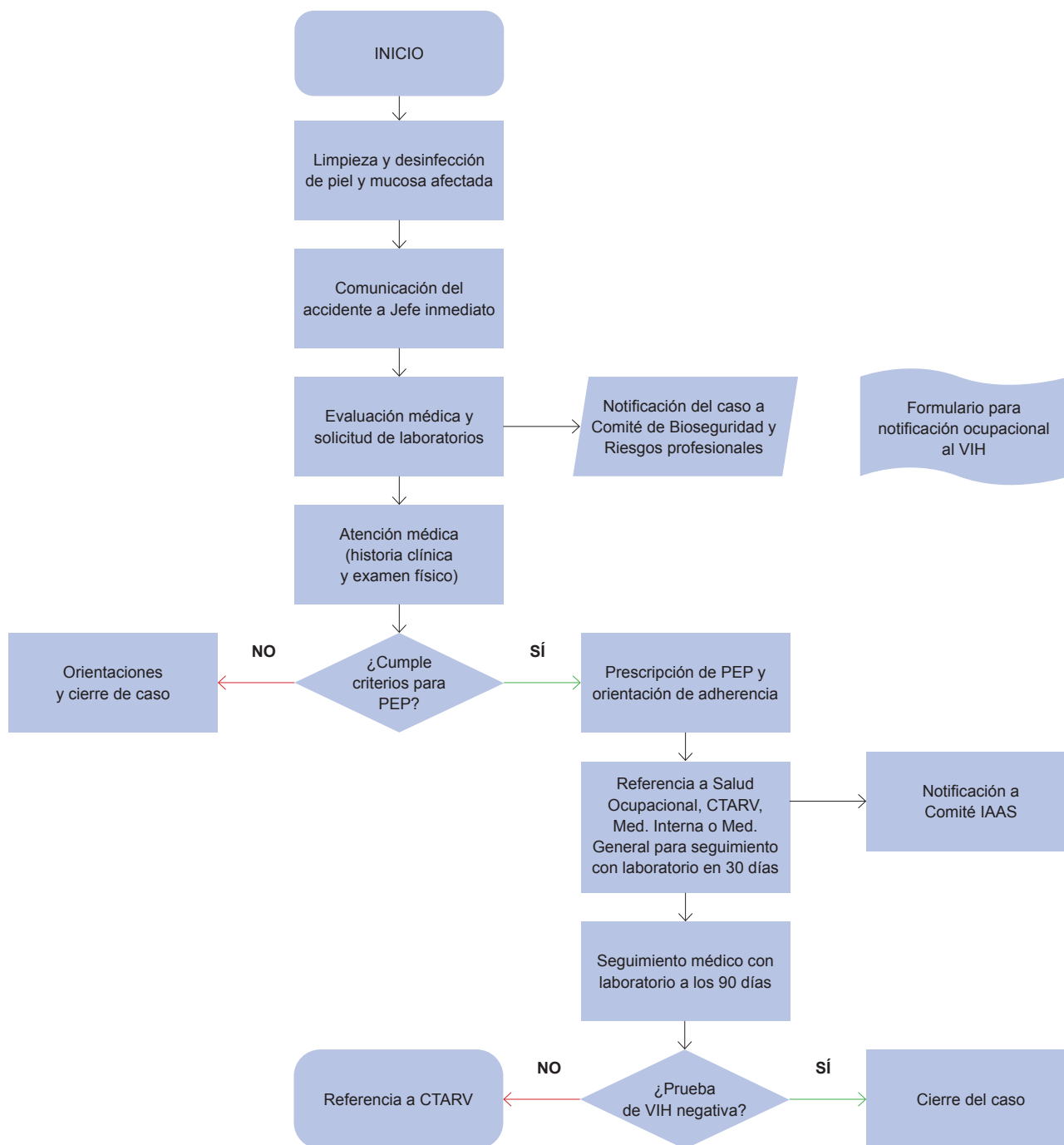
*Omitir esta prueba para personas vacunadas con su esquema completo y que sea verificable a través de tarjeta de vacunación u otra forma de registro.

**Realizar esta prueba a los 6 meses únicamente en personas expuestas a fuente conocida con infección por VHC.

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Figura N°3

Flujograma de abordaje de la exposición ocupacional al VIH.



Fuente: Elaboración propia

SECCIÓN N°3.

ABORDAJE DE LA EXPOSICIÓN AL VIH DE TIPO NO OCUPACIONAL

3.1. Determinación del riesgo de transmisión en exposiciones no ocupacionales

La exposición no ocupacional hace referencia a cualquier tipo de actividad que involucre contacto con fluidos corporales con potencial infeccioso y que no esté relacionado con el ejercicio de una ocupación o profesión. En ese sentido, se distinguen las exposiciones sexuales anales o vaginales consensuadas o no, las transfusiones sanguíneas y la práctica de compartir jeringuillas en usuarios de drogas intravenosas.

De todas estas formas las exposiciones sexuales son sin duda las más comunes en Panamá, y esta sección se desarrollará en base a este tipo de práctica.

En principio, toda relación sexual anal o vaginal en donde no se haya utilizado el condón o que, aun haciendo uso de este, se realizará de manera incorrecta o se hubiera roto, se considera una actividad de riesgo y por tanto se recomendará el uso de PEP.

Las recomendaciones de usar PEP en exposiciones no ocupacionales de tipo sexual se clasifican en la siguiente tabla según su tipo de exposición y estratificación del riesgo. Ver Tabla N°4.

Tabla N°4

Riesgo de transmisión y recomendaciones de PEP según tipo de exposición sexual

Tipo de exposición sexual	Riesgo de transmisión	Recomendación sobre uso de PEP
Relaciones sexuales anales o vaginales receptivas o insertivas sin condón o rotura de condón o mal uso de condón de fuente con estatus de VIH conocido y carga viral detectable o desconocida.	RIESGO CONSIDERABLE. Receptivo anal (138 x 1000 exposiciones).	Se recomienda uso de PEP.
Relaciones sexuales anales o vaginales receptivas o insertivas sin condón o rotura de condón o mal uso de condón de fuente con estatus de VIH desconocido.	Insertivo anal (11 x 10 mil exposiciones). Receptivo vaginal (8 x 10 mil exposiciones). Insertivo vaginal (4 x 10 mil exposiciones).	Se recomienda uso de PEP.
Relaciones sexuales anales o vaginales receptivas o insertivas sin uso de condón o rotura de condón o mal uso de condón de fuente con estatus de VIH conocido y carga viral indetectable.	RIESGO MUY BAJO.	Valorar individualmente.
Relaciones sexuales orales sin uso de condón, exposición de otras mucosas (excluye ano y vagina) o de piel con pérdida de continuidad expuesta a sangre y fluidos potencialmente infecciosos.	RIESGO BAJO Si hay eyaculación (0,05-0,8%). RIESGO MÍNIMO sin eyaculación (0,01-0,05%).	Valorar individualmente.
Exposición a fluidos considerados no infectantes. (Ver Tabla N°1).	RIESGO NULO O DESPRECIABLE (<0,01%).	No se recomienda uso de PEP.

Fuente: GESIDA, 2015

En las exposiciones no ocupacionales es difícil conocer el estatus serológico al VIH de la fuente de exposición, por lo que a pesar de que se debe valorar individualmente cada caso, se recomendará el uso de PEP si la fuente tiene una mayor probabilidad de tener el VIH como:

- a. Si la persona fuente pertenece a poblaciones claves (HSH, trans y trabajadores sexuales) en donde las prevalencias de VIH son elevadas.
- b. En personas fuentes que son usuarios de drogas intravenosas.
- c. Si la persona fuente es un agresor sexual.

Toda persona a la que se le recomendará la PEP se le debe realizar una prueba para la detección del VIH. A estas personas se le ofertará la prueba rápida de VIH y sus resultados se interpretarán según el algoritmo de pruebas de VIH de la República de Panamá. A la persona con exposición al VIH se le debe ofrecer otras pruebas para la detección de infecciones de transmisión sexual o infecciones con riesgo de transmisión por sangre como: sífilis, gonorrea, clamidia, hepatitis B y C.

3.2. Abordaje inicial de la persona con exposición no ocupacional al VIH

La exposición no ocupacional al VIH es una urgencia médica, por lo tanto, las instalaciones de salud deben estar preparadas para brindar atención integral a estas personas con prioridad dentro de sus programas y horarios de atención, así como también la atención por los Servicios de Emergencias a nivel nacional en días y horas no laborables.

La atención médica debe estar enfocada en la historia clínica y el examen físico con el objetivo de obtener la mayor cantidad de información que sea relevante para caracterizar el tipo de exposición, estratificar el riesgo y de esta manera hacer la recomendación de inicio o no de la PEP según lo establecido en la sección anterior.


La evaluación médica debe considerar exposición a otras infecciones de transmisión sexual como sífilis, hepatitis B y hepatitis C.

Además, el médico deberá interrogar en la historia clínica si la persona expuesta es usuario de profilaxis preexposición al VIH. En caso de que lo sea, deberá interrogarse sobre la adherencia al esquema y darle seguridad de la reducción del riesgo de contraer VIH que la PrEP brinda ante una buena adherencia. El hecho de tomar PrEP no exime la oferta de la prueba de VIH ni del abordaje para exposiciones a otros agentes infecciosos.

El médico realizará la solicitud de las pruebas de laboratorio para el paciente expuesto y será responsable de analizar los resultados y orientar a la persona sobre ellos. La entrega de resultados de estas pruebas o la ausencia de alguna de ellas NO deben retrasar bajo ninguna medida el inicio de la PEP en aquellos pacientes en los que está indicado.

Figura N°4

Pruebas de laboratorio solicitadas a personas con exposición no ocupacional al VIH



Pruebas de laboratorio en personas con exposición no ocupacional al VIH.

- Prueba de VIH.
- Prueba de sífilis.
- Prueba de hepatitis B (antígeno de superficie)*.
- Prueba de hepatitis C (anticuerpos).
- Prueba de embarazo (en mujeres en edad fértil).
- Prueba de creatinina sérica.

*Omitir la realización de esta prueba en expuestos que tengan esquema de vacunación contra hepatitis B comprobado mediante tarjeta de vacunación u otra forma de registro. En aquellos que tengan esquema incompleto o no verificable deberá iniciar esquema de vacunación.

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Se deben considerar también otras pruebas destinadas a identificar posibles contraindicaciones en el uso de los medicamentos de la PEP tales como la creatinina sérica (para calcular tasa de filtración glomerular) y transaminasas como la ALT y AST. Estas pruebas son prioritarias en personas que durante la historia clínica presenten historia de comorbilidades como insuficiencia renal, hipertensión arterial, diabetes mellitus, entre otras.

3.3. Recomendaciones de profilaxis para adultos y niños con exposición no ocupacional al VIH

El médico valorará el riesgo de exposición y prescribirá la PEP basado en las recomendaciones de la Sección 3.1. de esta guía. Será responsable de brindar orientaciones sobre la importancia de la adherencia durante el periodo de uso y los pasos para su seguimiento. Advertirá al paciente sobre posibles efectos secundarios de los medicamentos usados en la profilaxis, así como también de posibles interacciones medicamentosas por tratamientos preexistentes.

El esquema de profilaxis post-exposición en adultos y adolescentes mayores de 12 años es el siguiente:

Esquema preferencial y alternativo de profilaxis post-exposición al VIH en adultos y adolescentes mayores de 12 años.

Esquema preferente:

2 ITRN + 1 inhibidor de integrasa

Lamivudina (3TC) + Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) + Dolutegravir (DTG)

300 mg/ 300 mg / 50 mg
1 tab. VO cada día por 30 días

O

Emtricitabina (FTC) + Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) y Raltegravir (RAL)

200 mg/ 300 mg y 400 mg
1 tab. VO cada día por 30 días y 1 tab. VO cada día por 30 días

El esquema alternativo de profilaxis post-exposición en adultos y adolescentes mayores de 12 años es el siguiente:

Esquema alternativo:

Emtricitabina (FTC) + Tenofovir alafenamida (TAF) + Bictegravir (BIC)

200 mg /25 mg/ 50 mg
1 tab. VO cada día por 30 días

Esquema de profilaxis post-exposición en niños menores de 12 años.

Niños(as) < 12 años

Zidovudina/lamivudina tab dispersables 60/30

Peso: 10-<14kg: 2 tab c/12h

Peso: 14-<20kg: 2.5 tab c/12h

Peso: 20-<25kg: 3 tab c/12h

Peso: ≥ 25kg: tab 300/150 mg 1 tab c/12h

○

Abacavir /lamivudina tab dispersables 120/60

Peso: 10-<14kg: 2 tab vo c/día

Peso: 14-<20kg: 2.5 tab c/día

Peso: 20-<25kg: 3 tab c/día

+

Dolutegravir tab dispersables 10m:

Peso: 10-<14kg: 2 tab vo c/día

Peso: 14-<20kg: 2.5 tab c/día

Peso: 20-<25kg: 3 tab c/día

Peso: ≥ 25kg: tab 50mg tomar 1 tab vo c/día.

Las regiones de salud definirán los establecimientos en donde se tendrán disponible la profilaxis de tal forma que sea accesible de forma oportuna las 24 horas del día.

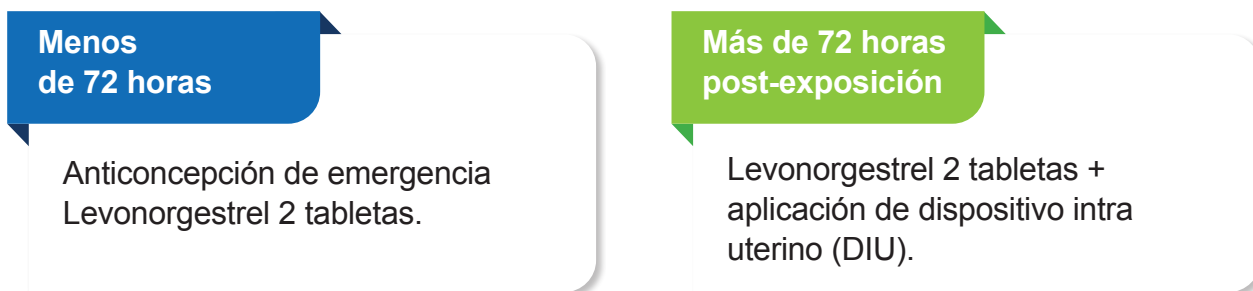
De llegar un paciente posterior a las 72 horas de ocurrida la exposición, no se recomienda ofrecer PEP, sin embargo, se deben considerar intervenciones como anticoncepción de emergencia y profilaxis para hepatitis B.

El uso de la PEP en embarazadas está indicado independientemente del periodo de gestación en que se encuentre. (OPS, 2010) Es importante considerar los esquemas de antirretrovirales que se usarán para la PEP y su posible relación con efectos en la gestación sobre todo durante el primer trimestre de embarazo.

A las mujeres en edad fértil o con capacidad reproductiva se les ofrecerá la anticoncepción de emergencias de la siguiente forma:

Tabla N°5

Esquema de anticoncepción de emergencias en personas con exposición no ocupacional al VIH.



Para valorar el riesgo de transmisión de hepatitis B, se debe preguntar sobre la historia vacunal de la persona expuesta. Si presenta esquema completo de vacunación contra esta infección no hay riesgo de infección y de no estar vacunado o desconocer su inmunización se deberá ofrecer rápidamente la inmunización.

Dentro del abordaje integral se deberá preguntar por historia vacunal contra el virus de papiloma humano. En caso de no contar con esta inmunización se podrá ofrecer la misma según los lineamientos establecidos por el Programa Ampliado de Inmunización de colocación de esta vacuna en población adulta.

A la persona expuesta se le indicará el uso de condones en todas las relaciones sexuales que mantenga hasta que se dé de alta. Tampoco podrá donar hemoderivados durante el periodo de seguimiento.

Se le debe también orientar a la persona sobre manifestaciones clínicas de infección aguda por VIH como fiebre, linfadenopatías, faringitis, mialgias, artralgias, diarrea, pérdida de peso aguda, entre otros, así como también de manifestaciones clínicas de infecciones de transmisión sexual como la aparición de úlceras genitales, secreciones, disuria, entre otras. Ante la aparición de alguna de estas manifestaciones se hará la recomendación de acudir a instalación de salud en caso de presentar alguna de estas manifestaciones clínicas.

Además, se le ofrecerá tratamiento profiláctico para aquellas infecciones de transmisión sexual como clamidia, sífilis, gonorrea y tricomonas. El tratamiento profiláctico para estas infecciones consistirá en:

Ceftriaxona, 250 mg IM dosis única.

Azitromicina, 1 gramo VO dosis única o Doxicilina 100 mg VO cada 12 horas por 7 días.

Metronidazol, 2 gramos VO dosis única.

El médico deberá valorar el estado de ansiedad de la persona expuesta y considerar su derivación a Servicios de Salud Mental disponibles en la instalación de salud para el abordaje inicial y seguimiento del caso. Es mandatorio ofrecer estos servicios en caso de exposición producto de violaciones sexuales.

3.4. Seguimiento y cierre de caso

El seguimiento de las personas que inician PEP es fundamental para lograr la mayor eficacia posible de la profilaxis. Los estudios han demostrado porcentajes de eficacia superior al 90% cuando se mantiene una adherencia óptima en el periodo de 30 días que dura la profilaxis. Sin embargo, es importante reconocer que la adherencia a la profilaxis es variable y estudios han demostrado que, en el caso de usuarios de PEP por exposición no ocupacional, su adherencia al final del periodo fue de 85%.

El seguimiento de las personas que iniciaron PEP se realizará a los 30 y 90 días respectivamente posterior a la exposición.

El periodo de 30 días representa un corto tiempo por el cual la mayoría de las personas podrían tener buena adherencia. Es responsabilidad del personal de salud dar las orientaciones necesarias para indicar la importancia de la adherencia, identificar barreras que pueden limitar la adherencia y mecanismos para apoyarla.

El seguimiento al final de los 30 días será realizado por un médico de la CTARV, un médico de la Clínica Amigable para usuarios de estos servicios o por Medicina General según la disponibilidad de estos profesionales en cada región de salud.

Las personas deberán ser orientadas para el uso de condones correctamente en todas las relaciones sexuales durante el periodo de seguimiento de la profilaxis y hasta que se le haya dado de alta tres meses después de repetir la prueba de VIH y su resultado sea negativo.

Los usuarios de PEP se les debe realizar una prueba de VIH al completar su profilaxis (al terminar los 30 días del esquema de PEP) y una segunda prueba a los 3 meses contados a partir de dicha prueba.

Con un resultado de prueba de VIH negativo luego de 3 meses de haber culminado la PEP se le dará de alta y se le orientará a servicios preventivos según sea el caso. Un resultado positivo será referido a las Clínicas de Tratamiento Antirretroviral para inicio de tratamiento y seguimiento.

En caso de usuarios en los que se identifique que mantienen de forma sostenida exposiciones sexuales de alto riesgo al finalizar la PEP podrían ser referidos a servicios de PrEP.

La única excepción para realizar una prueba de seguimiento 6 meses después de la exposición es en aquellas personas cuya fuente de exposición presenta infección por el virus de la hepatitis C. En estos casos hay que considerar la seroconversión tardía y por tanto se hace necesaria esta prueba a los 6 meses.

Tabla N°6

Seguimiento de personas en PEP con exposición no ocupacional y cierre del caso.

Tipo de atención	A los 30 días de inicio de PEP	A las 12 semanas (3 meses)	A las 24 semanas (6 meses)
Atención médica en Servicio de Enfermedades Infecciosas y/o Clínica de Salud Ocupacional	X	X	
Prueba de VIH	X	X	
Carga viral de VIH	Ante manifestaciones		
Prueba de embarazo	X	X	
Antígeno Hepatitis B*	X	X	
Hepatitis C	X	X	X*
VDRL	X	X	

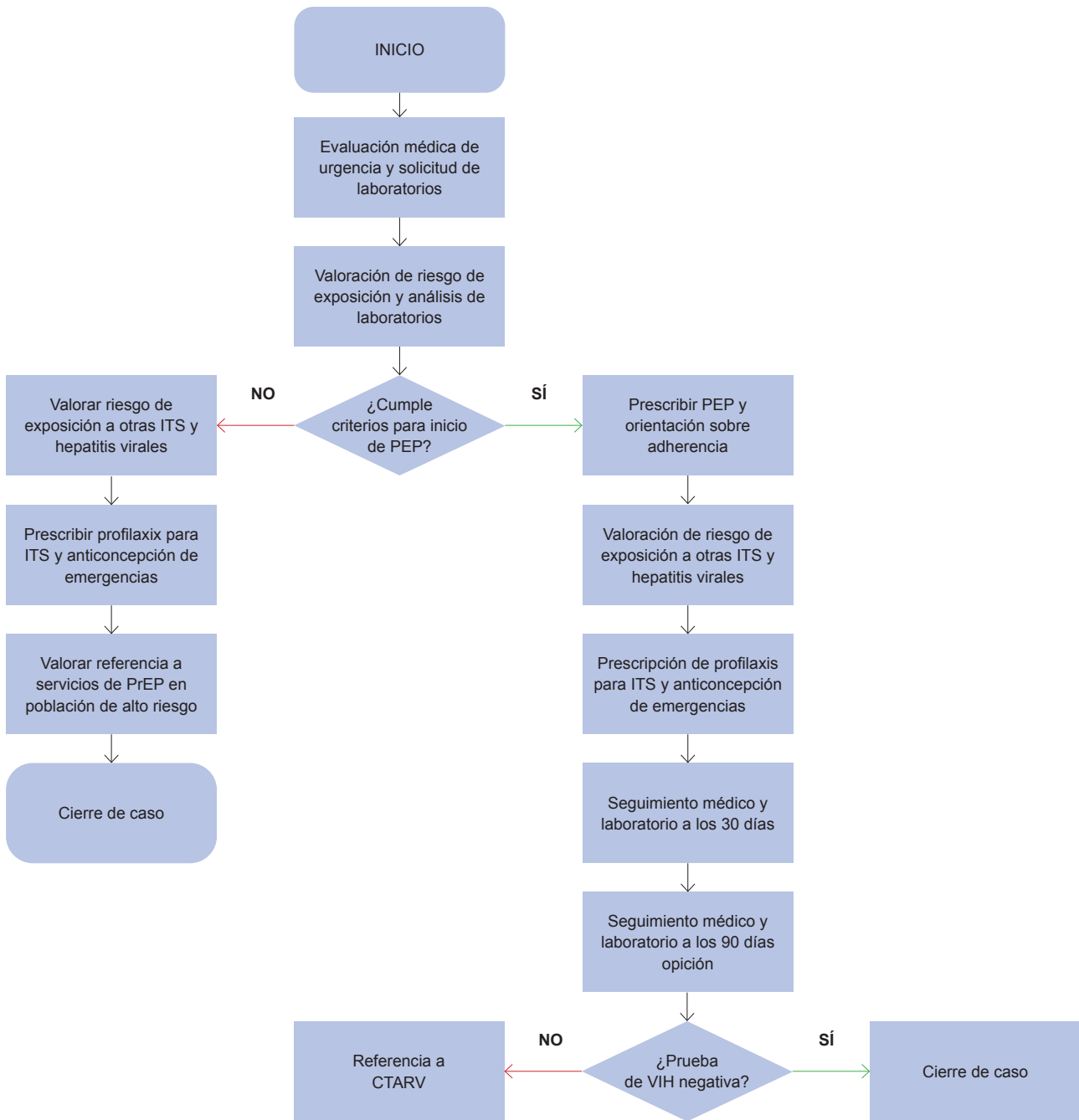
*Omitir esta prueba en personas con historia vacunal contra hepatitis B completa que se pueda verificar mediante tarjeta de vacunación u otra forma de registro.

**Repetir prueba de VHC a los 6 meses en personas expuestas a una fuente con infección conocida por VHC.

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Figura N°5

Flujograma de abordaje de exposición no ocupacional al VIH.



Fuente: Elaboración propia

SECCIÓN N°4.

ABORDAJE INTEGRAL DE LA EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL AL VIH EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN POBLACIONES CLAVES

En esta sección se desarrollarán aspectos relacionados a la exposición no ocupacional al VIH en víctimas de violencia sexual en las poblaciones claves que se han definido como aquellas que tienen altas prevalencias de VIH, por encima de las reportadas en población general como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres transgénero.

Para consulta sobre el abordaje de la violencia sexual en otros grupos vulnerables como niñas, adolescentes y mujeres consultar Protocolo para la atención de la violencia sexual en niñas, adolescentes y mujeres (Resolución N°371 del 10 de junio de 2022).

4.1 Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)

El término hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) se refiere a cualquier hombre que tenga sexo con otro hombre independientemente de cómo se autodefinen según su orientación e identidad sexual. (UCSF, 2000).

La mayoría de las investigaciones sobre violencia sexual están enfocadas en mujeres, sin embargo, existen otros grupos poblaciones con alto riesgo de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana cuando son víctima de violencia sexual. Entre estas poblaciones se encuentran los hombres que tienen sexo con hombres, ya que las prevalencias de VIH y otras infecciones de transmisión sexual como la sífilis son considerablemente más altas que en la población general. (Contreras, et al., 2016).

Algunos estudios internacionales y metaanálisis han estimado la prevalencia de violencia sexual contra hombres entre un 3 al 35%. (Winzer, 2016).

Otros estudios han indicado que la probabilidad de que un hombre homosexual o bisexual sufra de violencia sexual es más alta en comparación con hombres heterosexuales. (Sweet & Welles, 2012).

Uno de los grandes retos en el análisis de este problema de salud pública está en la baja notificación de la violencia sexual contra hombres en comparación con las mujeres, lo que puede interpretarse como un evento poco frecuente entre esta población. La estigmatización y el temor a un proceso de victimización asociado a su orientación sexual, la dificultad para negociar con el perpetrador de violencia de métodos de prevención como el condón y adición de otros factores como el uso de drogas durante la relación sexual son algunos motivos identificados por los cuales los HSH no presentan denuncias, no acuden a servicios de salud para atención y situándose en una posición vulnerable.

Otros aspectos que hay que considerar en la violencia sexual entre HSH está invisibilizada en el caso del hombre que es víctima de violencia debido en parte a los modelos sociales de masculinidad que están directamente relacionados con expresiones de fortaleza y dominio. (Zavala, et al., 2019).

En Panamá no existen datos ni investigaciones que describan la prevalencia de violencia sexual hacia los hombres ni las vinculadas a parejas masculinas del mismo sexo.

Los hombres que tienen parejas del mismo sexo que son violentos dentro de una relación o contacto sexual, tienden con frecuencia a mantener en silencio las experiencias de abuso y no buscar asistencia de salud física ni psicológica lo que puede condicionar a no tener acceso a la PEP. (Carvalho, et al., 2016).

Existen condicionantes que limitan a hombres que tienen sexo con hombres a declarar o a identificar la violencia sexual ante una exposición sexual al VIH, por lo tanto, se recomienda al personal de salud que aborde a cada usuario con este caso con una serie de preguntas que permita identificar este tipo de violencia en la persona expuesta. Un cuestionario como el siguiente podría ser de utilidad:

Tabla N°7

Cuestionario rápido para identificación de violencia sexual en personas que consultan por exposición no ocupacional al VIH.

N°	Ítem	Sí	No
1	¿Ha estado usted forzado a tener sexo o a comprometerse en alguna actividad sexual cuando usted no ha querido?		
2	¿Ha estado usted forzado a tener sexo sin condón cuando usted no ha querido?		
3	¿Usted ha sido forzado a consumir alcohol o drogas en contra de su voluntad cuando se encuentra teniendo algún tipo de contacto sexual con otra persona?		
4	¿Usted ha sido forzado a consumir drogas como marihuana, cocaína, anfetaminas, drogas inyectables o alguna droga inhalada antes de tener relaciones sexuales con otra persona?		

Fuente: Elaboración propia

Una respuesta afirmativa al menos a uno de los ítems anteriores es suficiente para alertar sobre violencia sexual y esto debe ser reportado.

Las investigaciones han demostrado que existen factores de riesgo para la presentación de violencia en HSH, dificultades en la negociación con el contacto sexual sobre uso de métodos de prevención como condones o bien la dificultad para acceder a servicios de salud luego de una exposición de riesgo asociada a violencia. Entre estos factores se encuentran:

- a. Antecedentes de víctima de violencia en niñez o adolescencia.
- b. Trabajadores sexuales.
- c. Estigma y discriminación asociada a orientación sexual, conductas sexuales de riesgo y reconocimiento de ser víctima de violencia.
- d. Depresión.
- e. Uso de sustancias de abuso como alcohol y drogas (consumo de drogas durante el acto sexual). (Miltz, et al., 2019).

La prevención de exposiciones no ocupacionales de tipo sexual al VIH en la población HSH debe estar enfocada en recomendaciones de prevención primaria tales como:

- a. Seguimiento por Psicología y Trabajo Social si se identifica alguno de los factores de riesgo antes señalados.
- b. Incorporación de personas con factores de riesgo a las Clínicas Amigables para recibir servicios de prevención.
- c. En caso de identificar uso nocivo de alcohol y drogodependencias deberán ser referidos a atención especializada de adicciones.

El personal de salud que realice la atención de HSH en los que se sospeche violencia sexual deben tener habilidades para el abordaje de las víctimas como empatía, capacidad de comunicación clara, asertiva, asegurar la confidencialidad de la información que se documenta durante la historia clínica y examen físico, favorecer un ambiente de privacidad en el espacio físico en donde se hace la entrevista con la víctima y la evaluación física.

En la atención inicial de una persona de la población HSH que acude a consulta por una exposición sexual de riesgo, se le debe realizar preguntas dirigidas a identificar si dicha exposición estuvo vinculada a un acto de violencia sexual. En caso de que este interrogatorio sea negativo para sospechar violencia sexual entonces se procederá al abordaje según el flujo de atención de personas con exposición no ocupacional tipo sexual establecido en la Figura N°5.

Por el contrario, si se identifique la violencia sexual se valorará si hay riesgos para la vida o necesidad de tratamientos inmediatos para conservar la vida del paciente. Si no existen signos de alerta que comprometen la vida de la persona, entonces se procederá a realizar el interrogatorio y exploración física, que se anotará con detalles en la historia clínica u hoja de evaluación consignando la información relacionada al acto violento.

El examen físico debe ir dirigido a una evaluación del área genital y anal con el objetivo de identificar lesiones en piel y mucosas que hayan ocurrido como consecuencia del acto violento. Se debe, además, ofrecer tratamiento para estas lesiones. La exploración física de la región anal se debe realizar con un anoscopio.

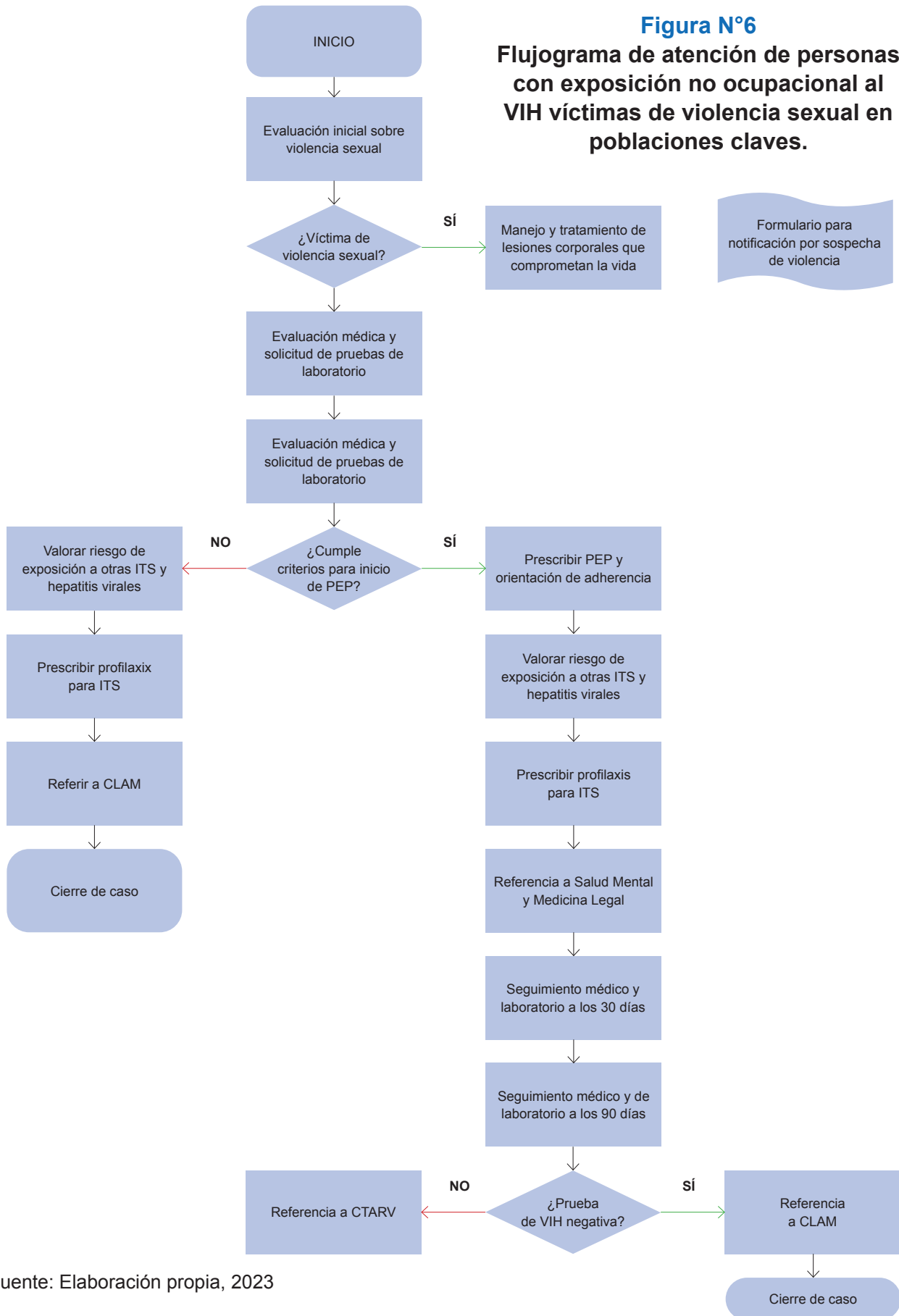
Todas las personas que han sido víctimas de violencia sexual deben ser evaluadas por equipo de salud mental o personal entrenado en las guías de intervención mhGAP de forma inmediata y ser referidos luego a servicios ambulatorios para seguimiento. Además, se debe realizar la orientación para la denuncia ante el Ministerio Público y la referencia para evaluación forense por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de manera ambulatoria.

El médico debe completar el formulario de Informe de *Notificación por Sospecha de Violencia relacionada a delitos contra el Orden Jurídico Familiar, Integridad Personal, Libertad Sexual, Adulto Mayor y Género* (Ver Anexo N°3) aprobado mediante Decreto Ejecutivo N°182 del 8 de junio de 2018 modificado mediante Decreto Ejecutivo N°57 del 1 de marzo de 2019.

Una vez completada esta intervención se procederá a realizar los pasos antes descritos en la sección anterior para la valoración del riesgo de exposición al VIH y otras ITS con el objetivo de ofrecer y orientar a la persona las profilaxis correspondientes si aplica.

Figura N°6

Flujograma de atención de personas con exposición no ocupacional al VIH víctimas de violencia sexual en poblaciones claves.



Fuente: Elaboración propia, 2023

4.2. Mujeres trans

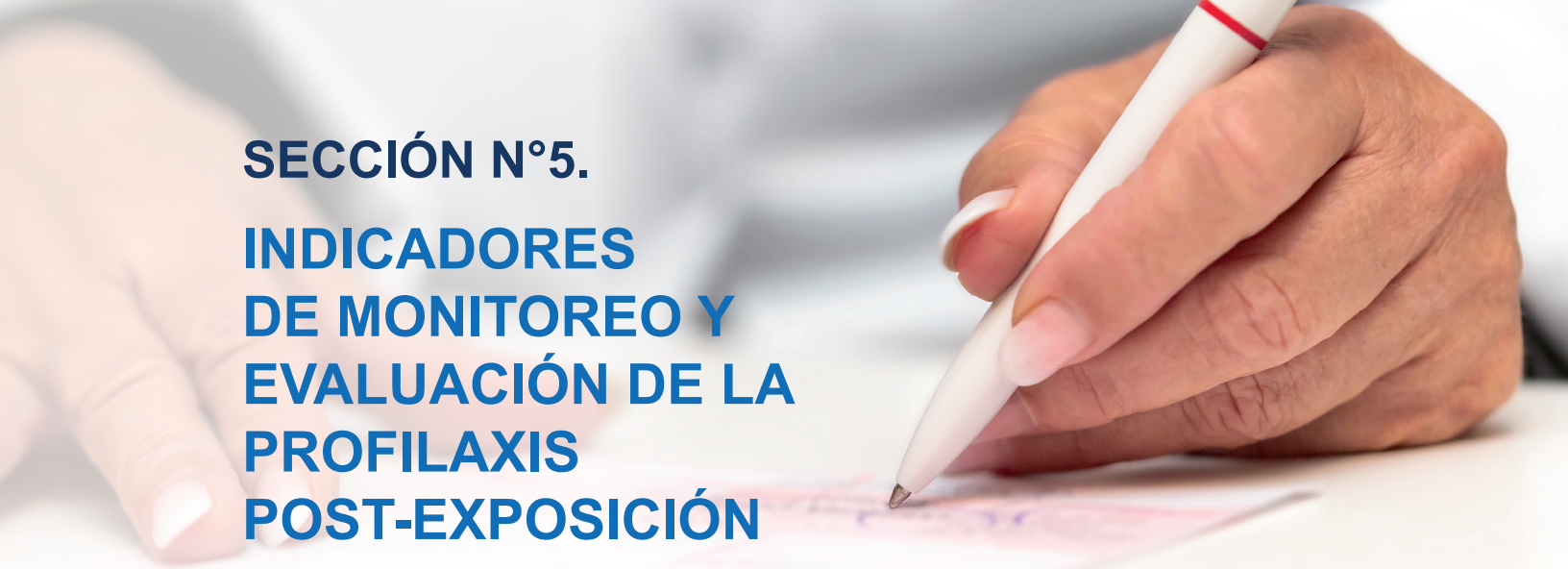
La prevalencia de violencia sexual experimentada por las mujeres transgéneros es extremadamente alta y está asociada con varias secuelas a nivel de la salud mental. (Grocott, et al., 2023).

Está comprobado que las mujeres trans son más susceptibles a sufrir violencia en cualquier momento de su vida, por lo que la realización de interrogatorios destinados a identificar el abuso sexual es fundamental en las personas de esta población que acuden a servicios de salud en búsqueda de atención por exposición sexual.

Adicional a la condición de mujer trans, se suman otros factores de riesgo que están asociados con la violencia sexual hacia esta población como: condiciones socioeconómicas bajas, abuso de sustancias psicoactivas como alcohol y drogas y el trabajo comercial del sexo. Todas estas condiciones hacen más vulnerables a las mujeres trans. (Brito, et al., 2022).

Los servicios de salud deben garantizar la atención de las personas de la población trans en un ambiente libre de estigma y discriminación para evitar la violencia de género en la prestación de servicios de salud y la transfobia en los establecimientos de salud. De esta manera se puede garantizar un mejor acceso de esta población a consulta cuando han sido víctimas de violencia sexual y poder brindarles el abordaje integral ante esta situación como atención de emergencias de traumas asociados a la violencia, la profilaxis post-exposición al VIH y otras ITS, la orientación para la denuncia del acto de violencia y la referencia a servicios de apoyo para su seguimiento integral.

El flujo de atención de las personas trans víctimas de violencia sexual es similar al presentado en la sección anterior, sin embargo, es importante considerar en la evaluación física de las mujeres trans que se han sometido a cirugía de reasignación de sexo, el uso de espéculo para visualización de la neovagina en búsqueda de lesiones traumáticas producto del acto de violencia.



SECCIÓN N°5.

INDICADORES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN

El monitoreo y evaluación de la implementación de la profilaxis post-exposición es fundamental para asegurar el adecuado cumplimiento de los flujos de atención.

En el caso de las exposiciones ocupacionales es importante considerar el llenado correcto de los siguientes formularios:

1. Formulario de reporte de accidente punzocortante en trabajadores del establecimiento de salud.
2. Formulario de solicitud y reporte de prueba de VIH.
3. Formulario de notificación obligatoria individual de eventos de salud pública (en caso de confirmación de VIH o alguna de las ITS).
4. Formulario de investigación de VIH (en caso de confirmación de VIH).
5. Formulario de investigación por sospecha de violencia intrafamiliar y maltrato al menor y adulto mayor.

Los indicadores que se proponen para el monitoreo y evaluación de la implementación de la profilaxis post-exposición al VIH se resumen en la siguiente tabla:

Tabla N°8
Indicadores de monitoreo y evaluación para implementación
de la profilaxis post-exposición al VIH.

Indicador	Numerador	Denominador	Frecuencia de reporte	Fuente
Porcentaje de trabajadores que iniciaron y completaron PEP luego de una exposición ocupacional.	Número de trabajadores que iniciaron y completaron la PEP luego de una exposición ocupacional donde estaba recomendada la PEP.	Número de trabajadores con exposición ocupacional en donde estaba recomendada la PEP.	Anual	Clínicas de Salud Ocupacional, Clínicas de Terapia Antirretroviral.
Porcentaje de personas que iniciaron y completaron PEP luego de una exposición no ocupacional (exposiciones sexuales, violencia sexual).	Número de personas que iniciaron y completaron PEP luego de una exposición no ocupacional en donde estaba recomendada la PEP (exposiciones sexuales, violencia sexual).	Número de personas con exposición no ocupacional en donde estaba recomendada la PEP.	Anual	Clínicas Amigables. Clínicas de Terapia Antirretroviral.

Fuente: Elaboración propia, 2023

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brito, I., Cavalcante, Ed., Da Silva A., Da Silva, J., De Andrade M., De Abreu P. (2022) Gender violence perpetrated Against trans women. Ver. Bras. Enferm, 75 (2) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0173>
- Carvalho AF, Lewis RJ, Derlega VJ, Winstead BA, Viggiano C. (2011) Internalized sexual minority stressors and same-sex intimate partner violence. J Fam Violence. 26 501–509. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9384>
- Grocott, L. R., Schlechter, T. E., Wilder, S. M. J., O’Hair, C. M., Gidycz, C. A., & Shorey, R. C. (2023). Social Support as a Buffer of the Association between Sexual Assault and Trauma Symptoms Among Transgender and Gender Diverse Individuals. Journal of interpersonal violence, 38(1-2), NP1738–NP1761. <https://doi.org/10.1177/08862605221092069>
- Grupo de Estudio del Sida (2015) Guía de actuación para la profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH del Ministerio de Sanidad de España.
- Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel (2021) Protocolo de atención de abuso sexual en la infancia, adolescencia. Abordaje en el cuarto de Urgencias. <https://hn.sld.pa/wp-content/uploads/2022/03/PROTOCOLO-DE-ABUSO-SEXUAL-URGENCIAS328924.pdf>
- Miltz, A. R., Lampe, F. C., Bacchus, L. J., McCormack, S., Dunn, D., White, E., Rodger, A., Phillips, A. N., Sherr, L., Clarke, A., McOwan, A., Sullivan, A., & Gafos, M. (2019). Intimate partner violence, depression, and sexual behaviour among gay, bisexual and other men who have sex with men in the PROUD trial. BMC public health, 19(1), 431. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6757-6>
- Ministerio de Salud de Panamá (2022) Protocolo para la atención de la violencia sexual en niñas, adolescentes y mujeres. https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/29571_A/92172.pdf
- Ministerio de Salud de Panamá (2022) Normas de Atención Integral para poblaciones claves. https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/29497_A/90652.pdf
- Ministerio de Salud de Panamá (2014) Protocolo para ofrecer profilaxis post-exposición a toda víctima de violencia sexual. <https://data.mirauqetemi.org/sites/default/files/documentos/PA%20Protocolo%20clinico%20PPE%2019sep2013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017) Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/protocolo-riesgo-biologico-its-vih-hepatitis.pdf>

ONUSIDA (2023) Monitoreo global del SIDA 2023. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf

Sweet T., Welles L. S. (2012). Associations of sexual identity or same-sex behaviors with history of childhood sexual abuse and HIV/STI risk in the United States. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 59(4), 400–408. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126315>

Winzer L. (2016). Frequency of self-reported sexual aggression and victimization in Brazil: A literature review. *Cadernos de saude publica*, 32(7), 126315. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126315>

Zavala, R., Esparza, M. J., Rojas, J. L. y Greathouse, L. M. (2019). Caracterización de la violencia en parejas de hombres homosexuales. *Archivos de Criminología, Seguridad Privada y Criminalística*, (13), 16-29.

ANEXO 2

- Formulario No. 1** Formulario de solicitud y reporte de prueba de VIH.
- Formulario No. 2** Formulario para la notificación obligatoria individual de eventos de salud pública.
- Formulario No. 3** Formulario para la notificación de exposición ocupacional al VIH.
- Formulario No. 4** Informe de notificación por sospecha de violencia relacionada a delitos contra el orden jurídico familiar, integridad personal, libertad sexual, adulto mayor y género.

Formulario No. 1 Formulario de solicitud y reporte de prueba de VIH.



MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL – SECTOR PRIVADO – ICGES FORMULARIO DE SOLICITUD Y REPORTE DE PRUEBA DE VIH

Instalación de Salud:		Hospitalizado <input type="checkbox"/>	Ambulatorio <input type="checkbox"/>	Asintomático <input type="checkbox"/>
Región de Salud:		Sala _____ Cama _____		Sintomático <input type="checkbox"/>
Nombre Completo				
Fecha de Nacimiento ____/____/____ D M A	Edad	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Auto identificación HT <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> HSH <input type="checkbox"/> TRS <input type="checkbox"/> MSM <input type="checkbox"/> Otros:	Asegurado <input type="checkbox"/> No Asegurado <input type="checkbox"/> Discapacidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cédula o Pasaporte	No. Historia Clínica	Correo Electrónico		Tel. Casa Tel. Trabajo Tel. Celular
Provincia	Distrito	Corregimiento	Residencia Permanente	
Grupo poblacional: Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				
Si es indígena: Kuna <input type="checkbox"/> Ngäbe Bugle <input type="checkbox"/> Emberá <input type="checkbox"/> Bri Bri <input type="checkbox"/> Wounaan <input type="checkbox"/> Naso <input type="checkbox"/>				

MOTIVO DE LA SOLICITUD			FACTOR DE RIESGO		
Embarazo ≤ 20 semanas <input type="checkbox"/>	Solicitud del paciente <input type="checkbox"/>	Exposición Ocupacional <input type="checkbox"/>	MPS <input type="checkbox"/>		
Embarazo > 20 semanas <input type="checkbox"/>	Investigaciones Judiciales <input type="checkbox"/>	Pre-Operatorio <input type="checkbox"/>	TS <input type="checkbox"/>		
Donantes <input type="checkbox"/>	y Médico Legales <input type="checkbox"/>	PPL <input type="checkbox"/>	UDI <input type="checkbox"/>		
Control de Salud <input type="checkbox"/>	CT DE ITS <input type="checkbox"/>	Transfusión <input type="checkbox"/>	ODG <input type="checkbox"/>		
Matrimonio <input type="checkbox"/>	TB <input type="checkbox"/>	ITS <input type="checkbox"/>	HEP B <input type="checkbox"/>	No Preservativo <input type="checkbox"/>	
CT de VIH <input type="checkbox"/>			HEP C <input type="checkbox"/>	Exposición Perinatal <input type="checkbox"/>	
			SIF <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otros:			OTRO <input type="checkbox"/>	Otros:	

LLENADO POR EL PACIENTE

Recibí orientación acerca del VIH Acepto se me realicé
 Sí No la prueba de VIH:
 Sí No Firma del paciente o su representante legal Cédula

Examen solicitado por: _____ Fecha de solicitud: ____/____/____
 Nombre del personal de salud D M A

PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO CLÍNICO LOCAL Y/O REGIONAL

Nota: en las instalaciones que tienen reportes electrónicos se anexará la hoja de resultado y el paciente firmará de enterado por el médico tratante.

Fecha de toma de muestra	Fecha de recibo de muestra	Fecha de envío de muestra al LCRSP	Nº de Muestra
Nombre del que toma la muestra	Tipo de Muestra:		
PRUEBA RÁPIDA (PR)	RESULTADO (PR-1) MARCA	RESULTADO (PR-2) MARCA	
OTRAS PRUEBAS:	RESULTADO 1: Cut off.	RESULTADO 2: Cut off.	
	METODOLOGÍA	METODOLOGÍA:	
OBSERVACIONES:			
Firma y Sello del Tecnólogo Médico		Fecha de Informe:	

Resultado informado de la prueba de VIH: Sí _____ Fecha: _____
 Firma del paciente o su representante legal Cédula

Formulario No. 2 Formulario para la notificación obligatoria individual de eventos de salud pública.



REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS
FORMULARIO PARA LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL DE EVENTOS DE SALUD PÚBLICA



I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE							
Cédula	N° de expediente clínico <i>(si no tiene cédula)</i> :			Asegurado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre:				Apellido:			
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Edad cumplida	Años	Meses	Días
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Persona responsable: <i>(En menores o discapacitados)</i>					
Dirección	Provincia		Región		Distrito		Corregimiento
	Comunidad o zona o sector:			Calle:			
N° Casa /Apto:	Teléfonos		Punto de referencia				
Lugar donde se presume ocurrió el contagio o exposición <i>(sólo si es diferente a la dirección residencial)</i>			País				
Provincia		Región		Distrito		Corregimiento	
Especifique el Lugar							
II. INFORMACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DEL PACIENTE							
Diagnóstico:							
Condición: Ambulatorio <input type="checkbox"/>		Hospitalizado <input type="checkbox"/>			Fallecido <input type="checkbox"/>		
Fecha de	Día/mes/año		Signos y Síntomas			Día/Mes/Año	
Inicio de síntomas							
Hospitalización							
Defunción							
De toma de muestra							
Tipo de caso: Sospechoso <input type="checkbox"/>		Confirmado <input type="checkbox"/>					
Criterio de caso confirmado:		Clínico <input type="checkbox"/>		Laboratorio <input type="checkbox"/>		Nexo <input type="checkbox"/>	
III. DATOS DEL QUE NOTIFICA EL CASO							
Nombre y apellido							
Cargo				Fecha	Día	Mes	Año
Institución							
Teléfono				Región			
Observaciones:							
Nota: Este formulario debe ser enviado al responsable de epidemiología de la instalación de salud, y en su ausencia al director de la instalación; estos a su vez lo enviarán a epidemiología regional; quienes lo notificarán a epidemiología del nivel central del Ministerio de Salud, de acuerdo a las normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica.							
Dirección General de Salud. Departamento de Epidemiología. Tel: 512-9267/9147; Fax: 512-9377. Correo electrónico: vigeippanama@yahoo.com Departamento Nacional de Epidemiología de la Caja de Seguro Social. Teléfono 503-3513 y 503-3676 Fax: 503-3514							

Formulario No. 3 Formulario para la notificación de exposición ocupacional al VIH.

Información del trabajador expuesto

Nombre completo: _____		
Cédula o identificación personal: _____		
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Edad: _____
Servicio en que labora: _____		Cargo: _____
Fecha de reporte: _____		
Posee vacunación contra la hepatitis B:		
Primera dosis <input type="checkbox"/>	Segunda dosis <input type="checkbox"/>	Refuerzo <input type="checkbox"/>

Información sobre la exposición ocupacional

Fecha de la exposición: día _____ mes _____ año _____ Hora: _____ am/pm	
Tipo de accidente ocurrido:	
Punción o cortada con objeto punzocortante	<input type="checkbox"/>
Salpicadura con sangre en piel y/o mucosas	<input type="checkbox"/>
Salpicadura con otros fluidos corporales en piel y/o mucosas	<input type="checkbox"/>
Contacto con sangre y/o fluidos corporales en piel abierta	<input type="checkbox"/>
Contacto con sangre y/o fluidos corporales en piel intacta	<input type="checkbox"/>
Otro tipo de accidente (describa): _____	
Actividad realizada al momento de sufrir la exposición: _____	
Lugar donde ocurrió la exposición: _____	
Medidas de bioseguridad utilizadas durante la exposición:	
Uso de guantes	<input type="checkbox"/>
Uso de bata	<input type="checkbox"/>
Uso de mascarillas	<input type="checkbox"/>
Uso de gafas o protectores oculares	<input type="checkbox"/>

Medidas de acción ante la exposición.

Pruebas de laboratorio solicitadas y resultado en el trabajador expuesto:	
VIH:	_____
Antígeno VHB:	_____
Anticuerpo VHC:	_____
Clasificación del riesgo:	
Potencial o sustancial	<input type="checkbox"/>
Intermedio	<input type="checkbox"/>
No significativo	<input type="checkbox"/>
Recomendación de PEP:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Prescripción de PEP:	_____
Nombre, firma y sello del médico:	_____

Información del paciente fuente (completar solo si conoce)

Nombre de la persona fuente:	_____
Identificación de la persona fuente:	_____
Factores de riesgo:	_____
Resultados de pruebas de laboratorio:	
<input type="checkbox"/>	VIH
<input type="checkbox"/>	Antígeno VHB
<input type="checkbox"/>	Anticuerpo VHC
Otros:	_____
Nombre de la persona que reporta:	_____
Fecha de reporte:	_____

Formulario No. 4 Informe de notificación por sospecha de violencia relacionada a delitos contra el orden jurídico familiar, integridad personal, libertad sexual, adulto mayor y género.

**REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD**

Informe de Notificación por Sospecha de Violencia relacionada a delitos contra el orden Jurídico Familiar, Integridad Personal, Libertad Sexual, Adulto Mayor y Género

DATOS GENERALES DE LA PRESUNTA VÍCTIMA

INSTALACION: _____

NOMBRES: _____ **APELLIDOS:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: Día Mes Año **CÉDULA/IDENTIFICACIÓN:**

EDAD: 1 Días, 2 Meses, 3 Años **SEXO:** M, F **ESTADO CIVIL:** Soltero(a), Casado(a), Unido(a)

OCCUPACION: _____ **ESCOLARIDAD:** _____

CALLE/CASA: _____ **PRÓV./DIST./CORREG.:** _____

TEL.: **FECHA DE AGRESION:** Día Mes Año **HORA DE AGRESION:** : AM / PM

DATOS DE QUIEN LO TRAE

NOMBRE Y APELLIDO: _____ **CÉDULA/IDENTIFICACIÓN:**

PARENTESCO CON LA PRESUNTA VÍCTIMA: _____ **TEL.:**

HISTORIA (LO SUBJETIVO-lo que el paciente dice):

HALLAZGOS (LO OBJETIVO-CLINICOS, EX. FÍSICOS, GINECOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y OTROS):

TIPO DE VIOLENCIA: 1. Sexual 2. Física 3. Psicológica 4. Patrimonial 5. Trabajo Infantil 6. Explotación Sexual Comercial 7. Otro - Especifique: _____

INSTRUMENTO UTILIZADO: 1. Fuerza Física 2. Arma de Fuego 3. Arma Blanca 4. Otro - Especifique: _____

LD/ PROBLEMA ENCONTRADO: _____

OBSERVACIONES: (INCAPACIDADES, OTRAS)

NOMBRE, FIRMA Y CARGO: _____ **REFERENCIA:** MP Sección de Atención Primaria / Familia Juzgado Niñas y Adolescentes OTRAS: _____

NOMBRE, FIRMA Y CARGO: _____

NOMBRE, FIRMA Y CARGO: _____

INFORMACION SOBRE EL SUPUESTO VICTIMARIO O AGRESOR

NOMBRES: _____ **APELLIDOS:** _____

EDAD: 1 Días, 2 Meses, 3 Años **OCCUPACION:** _____ **ESCOLARIDAD:** _____

CALLE / CASA: _____ **SEXO:** M, F

PROV./DIST./CORREG.: _____

TELÉFONO: **PARENTESCO O RELACION CON LA VÍCTIMA:** _____

ANTECEDENTES DE: 1. Uso de Drogas 2. Uso de Alcohol 3. Maltrato Repetitivo 4. Otro Especifique: _____

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN NOTIFICA: _____

Original: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Copias: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas
Historia Clínica, al paciente o solicitud de esta.

FECHA DE LA ATENCIÓN: Día Mes Año

HORA DE LA ATENCIÓN: : AM / PM

**COMISIÓN PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA
UNIDAD TÉCNICA DE VIOLENCIA**

