



GUÍA DE PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN (PPE)  
Y PRE EXPOSICIÓN (PrEP)

# PPE/PrEP

# FICHA TÉCNICA

## Ficha Técnica

### **Coordinación General:**

Dra. Elena Candía

### **Coordinación, redacción y compaginación:**

Dra. Stela Samaniego

Dra. Rocío Olmedo

Dra. Adriana Jacquet

Dra. Celeste Ramírez

Dra. Giulia Cipolla

Dra. María de los Ángeles Vera

### **Revisión**

**Dirección General de Enfermedades Transmisibles**

**Dirección de Salud Sexual y Reproductiva**

**OPS/OMS**

**Sociedad Paraguaya de Infectología (SPI)**

Ministerio de Salud y Bienestar Social Asunción,

Programa PRONASIDA

Asunción, Noviembre 2024 ISBN: xxxxxxxxxxxxxxxxx

Esta obra está disponible para uso personal o institucional, no comercial. Está permitida su reproducción parcial o total, toda vez que se de crédito y se cite a la fuente.

## AUTORIDADES

**Dra. María Teresa Barán Wasilchuk**  
Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

---

**Dr. Ángel José Ortellado Maidana**  
Viceministro de Rectoría y Vigilancia de la Salud

---

**Dr. Santiago García Destéfano**  
Viceministro de Atención Integral a la Salud

---

**Dra. Andrea Ojeda**  
Directora General de Vigilancia de la Salud

---

**Dra. Viviana María de Egea Garabano**  
Directora de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles

---

**Dra. Elena Candia Florentín**  
Directora del Programa Nacional de Control  
del VIH/Sida e ITS

# ÍNDICE

# ABREVIATURAS

**CAB PrEP:** PrEP utilizando Cabotegravir  
**VHB:** Virus de la Hepatitis B  
**HBsAc:** Anticuerpo de Superficie de la hepatitis B  
**HBsAg:** Antígeno de Superficie de la hepatitis B  
**hs:** Horas  
**IGHB:** Inmunoglobulina especifica contra hepatitis B  
**VHC:** Virus de la hepatitis C  
**VHC Ac:** Anticuerpo Contra el Virus de la Hepatitis C  
**PCR:** Reacción en Cadena de la Polimerasa  
**TP Ac:** Anticuerpo contra Treponema pallidum  
**TDF:** Fumarato de Tenofovir Disoproxilo  
**PPE:** Profilaxis Post-Exposición  
**PrEP:** Profilaxis Preexposición  
**IgG:** Inmunoglobulina G  
**IgM:** Inmunoglobulina M  
**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana  
**ABC:** Abacavir  
**ATV/r:** Atazanavir/Ritonavir  
**ARV:** Antirretrovirales  
**ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual  
**DTG:** dolutegravir  
**3TC:** lamivudina  
**FTC:** emtricitabina  
**VDRL:** Venereal Disease Research Laboratory  
**VO:** Vía oral

# INTRODUCCIÓN

La prevención de la transmisión del VIH requiere un enfoque integral para abordar las diferentes formas en que las personas pueden estar expuestas al virus. Esta guía que abarca estrategias clave de prevención, incluyendo la profilaxis post-exposición (PPE), la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y el paquete de prevención combinada, con el objetivo de reducir la transmisión del VIH y mejorar la salud pública.

La PPE es una intervención de emergencia que se utiliza en las primeras 72 horas posteriores a una posible exposición al VIH. Esta medida es fundamental para aquellas personas que han estado en situaciones de riesgo, como exposición a sangre o fluidos corporales, tanto en el entorno laboral como en el comunitario. El uso adecuado de la PPE, administrada por el personal de salud, es crucial para prevenir la infección por VIH tras una exposición reciente.

Por otro lado, la PrEP es una estrategia preventiva que consiste en el uso de medicamentos antirretrovirales por parte de personas que no viven con VIH, con el fin de reducir el riesgo de infección antes de una posible exposición. En Paraguay, se encuentra disponible la PrEP oral basada en el fármaco antirretroviral que contiene la combinación de tenofovir disoproxil fumarato y emtricitabina (TDF/FTC), una opción eficaz para aquellos en situaciones de riesgo. Adicionalmente, existen otros métodos de PrEP que se encuentran en proceso de implementación a nivel internacional, ampliando las opciones de prevención disponibles para la población en el futuro cercano.

Además de estas estrategias, la guía incluye el paquete de prevención combinada, un enfoque integral que engloba diferentes herramientas de prevención para reducir el riesgo de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Entre estas herramientas se encuentra el autotest de VIH, que permite a las personas conocer su estado serológico de manera confidencial y accesible, facilitando la detección temprana y la posterior vinculación a los servicios de salud.

# Profilaxis Post Exposición (PPE)



## I. Profilaxis Post Exposición (PPE)

Los estudios demuestran que cuando la terapia antirretroviral se ofrece de manera oportuna (dentro de las 72 horas) después de una exposición al VIH, el riesgo de contraer VIH disminuye aproximadamente un 80%, pero puede variar entre un 50% a 95 % en relación con el tiempo de inicio de la PPE<sup>1</sup>.

Aunque es probable que la Profilaxis Post Exposición (PPE) sea muy eficaz, se han reportado seroconversiones de VIH después de PPE. Las exposiciones sexuales de riesgo continuas posterior al inicio de PPE, retrasos en el inicio de PPE, mala adherencia y la infección por VIH establecida en el momento del inicio de la PPE, son algunas de las causas documentadas<sup>2</sup>.

Por lo tanto, el asesoramiento sobre la importancia de la adherencia a la PPE y la reevaluación en casos de efectos secundarios, son la piedra angular para el manejo de PPE.

## II. Profilaxis Post Exposición (PPE)

Se le debe ofrecer PPE a toda persona con sospecha de exposición o exposición conocida al VIH.

Las exposiciones probable o conocidas al VIH que justifican PEP incluyen:

- Exposición parenteral (a través de exposición ocupacional, otras lesiones por pinchazos de agujas o el uso de agujas o jeringas contaminadas durante el uso de drogas inyectables ilícitas o lícitas).
- Exposición de las membranas mucosas (a través de la exposición sexual, incluida la que implica agresión sexual y violación y salpicaduras en los ojos, la nariz o la cavidad oral).

**Las exposiciones conocidas son aquellas en las que:**

- La fuente es una persona que se ha confirmado que vive con VIH;
- El fluido involucrado en la exposición tiene potencial de transmisión del VIH;
- El evento de exposición fue parenteral o, si fue sexual, la fuente tiene niveles detectables del virus.

**Las exposiciones probables son aquellas en las que:**

- Se desconoce el estado serológico de la fuente.

# Profilaxis Post Exposición (PPE)

## III. Evaluación de riesgo

La decisión de iniciar profilaxis post exposición (PPE) debe basarse en una evaluación estructurada del riesgo, considerando los siguientes aspectos:

### 1. tipo de exposición

#### 1.1 Exposición Parenteral

##### Alto riesgo

- Punciones accidentales con agujas huecas.
- Lesiones profundas.
- Agujas o instrumentos contaminados con sangre visibles.
- Uso de agujas en arterias o venas.

##### Bajo riesgo

- Cortes superficiales o contacto con objetos afilados sin evidencia visible de fluidos infecciosos.

#### 1.2 Exposición Sexual

##### Alto riesgo

- Relaciones sexuales sin protección con personas VIH positivas y carga viral detectable.
- Relaciones sexuales con personas de estado serológico desconocido en poblaciones de alta prevalencia de VIH.
- Violencia sexual o agresión con contacto genital o anal.

##### Bajo riesgo

- Contacto sexual con personas VIH negativas o con carga viral indetectable.

#### 1.3 Exposición a Membranas Mucosas

##### Alto riesgo

- Salpicaduras en ojos, nariz o boca con fluidos infecciosos confirmados o sospechosos.

##### Bajo riesgo

- Contacto superficial con mucosas con fluidos no infecciosos.

#### 1.3 Exposición Percutánea

##### Alto riesgo

- Punciones con agujas contaminadas en entornos de salud.

##### Bajo riesgo

- Contacto leve sin penetración o contaminación visible.

# Profilaxis Post Exposición (PPE)

## 2. Estado Serológico de la Fuente

### 2.1 Fuente VIH Positiva:

#### Carga viral detectable

- Alto riesgo de transmisión.

#### Carga viral indetectable

- Bajo riesgo de transmisión.

### 2.2 Fuente de Estado Serológico Desconocido:

- Evaluar prevalencia de VIH en el entorno.
- Considerar factores de riesgo de la fuente (uso de drogas, múltiples parejas sexuales, etc.).

### 2.3 Fuente VIH Negativa:

- No se requiere PPE.

## 3. Fluidos Involucrados

### 3.1 Fluidos con riesgo significativo de transmisión:

- Sangre.
- Secreciones genitales o rectales.
- Leche materna.
- Líquidos cefalorraquídeo, amniótico, pleural, pericárdico, sinovial o peritoneal.

### 3.2 Fluidos con bajo o sin riesgo:

- Lágrimas, sudor, saliva sin sangre visible, orina y heces.

## 4. Tiempo desde la Exposición



PPE es más efectiva si se inicia dentro de las **primeras 2 horas** posteriores a la exposición.



No debe administrarse **después de 72 horas**, ya que la eficacia disminuye significativamente.

## 5. Factores Adicionales



### Factores en la fuente:

- Presencia de ITS.
- Historia clínica que sugiera mayor riesgo de VIH.



### Factores en la persona expuesta:

- Presencia de heridas abiertas, lesiones o piel no intacta.
- Estado inmunológico o comorbilidades (pueden aumentar la susceptibilidad).

# Profilaxis Post Exposición (PPE)

## IV. Estructura de evaluación y clasificación para PPE.

### 1. Tipo de accidente

FLUIDOS SEGÚN EL POTENCIAL INFECCIOSO <sup>3</sup>			
Según tipo de exposición	Según tipo de material	Según el mecanismo	Según circunstancia en que ocurrió el accidente
<p><b>Punción percutánea:</b> punciones con agujas o cortes con objetos punzantes contaminados con sangre o fluidos corporales de alto riesgo.</p> <p><b>Derrame sobre piel no intacta:</b> derrame de fluidos corporales de riesgo en heridas o lesiones en la piel del personal.</p> <p><b>Derrame sobre mucosas:</b> exposición en mucosas de fluido corporal de alto riesgo, por ejemplo: cateterización de vasos umbilicales, recambios sanguíneos.</p> <p><b>Derrame sobre piel intacta:</b> derrame de fluidos corporales de riesgo sobre piel sana.</p> <p><b>Sexual:</b> receptivo anal/vaginal, insertivo anal/vaginal.</p>	<p><b>Aguja hipodérmica:</b> posterior a la administración de medicamentos o toma de exámenes de sangre (aguja hueca).</p> <p><b>Aguja de sutura:</b> accidente que ocurre en el campo operatorio con aguja sin lumen.</p> <p><b>Bisturí:</b> ocurre en el campo operatorio.</p> <p><b>Trocar:</b> ocurre en el campo operatorio con trocar conductores de catéteres.</p>	<p>Sólo contacto. Corte superficial. Corte profundo. Pinchazo superficial. Pinchazo profundo.</p>	<p><b>Material abandonado:</b> material que no fue descartado en el lugar de eliminación, por ejemplo: basureros de recolección común, suelo y su origen es desconocido.</p> <p><b>Material de vidrio durante el lavado:</b> frascos, material de laboratorio, etc.</p> <p><b>Eliminación de agujas por contenedores llenos.</b></p> <p><b>En tránsito a eliminación de material:</b> ocurre por existir depósitos de descarte lejos de la unidad del paciente.</p>

Fuente: adaptado de Protocolo para el manejo de accidentes relacionados con sangre o fluidos corporales de riesgo, Hospital San Pablo Coquimbo, Año2021. Chile.

# Profilaxis Post Exposición (PPE)

## 2. fuente

Persona cuya sangre o fluido corporal está involucrado en una exposición laboral o no ocupacional. Puede ser conocida o no conocida.

- a. **Conocida:** se puede identificar al paciente o la persona con la que se produjo el accidente y se puede identificar su estatus serológico.
- b. **Desconocida:** no se puede identificar la persona con la que se produjo el accidente. En todos los casos iniciar PPE (profilaxis post exposición) y completar 28 días.

## 3. Fluidos

Evaluar si el accidente ocurrió con fluidos con potencial de transmitir el VIH.

FLUIDOS SEGÚN EL POTENCIAL INFECCIOSO <sup>3</sup>	
Fluidos que pueden transmitir VIH	Fluidos no infecciosos
Sangre Semen Líquido preseminal Secreciones vaginales Secreciones anales La leche materna Otros fluidos corporales contaminados con sangre visible.	Heces Secreciones nasales Saliva Secreciones gástricas Esputo Sudor Lágrimas Orina Vómito

## V. Accidente ocupacional y no ocupacional.

### 1. Accidente ocupacional

Es aquel que ocurre en el ámbito laboral, en ejercicio de profesión relacionada a la salud, una exposición con fluidos corporales potencialmente infecciosos o tejido que presenta un riesgo de transmisión del VIH a través de:

- a. Lesión percutánea: pinchazo con aguja o lesión por objetos punzantes contaminados con sangre o fluidos corporales.
- b. Membrana mucosa: lesión por salpicadura en el ojo o piel no intacta.
- c. Mordeduras profundas o múltiples de una persona con probable infección por VIH.

La respuesta inicial debe ser la limpieza inmediata del sitio expuesto. Para exposiciones de la piel, el área debe lavarse con agua y jabón. Las pequeñas heridas y pinchazos también se pueden limpiar con un antiséptico, como un producto para la higiene de manos a base de alcohol.

# Profilaxis Post Exposición (PPE)

## 2. Accidente no ocupacional

Un accidente no ocupacional se refiere a cualquier evento fuera del ámbito laboral en el que una persona se expone de manera accidental al VIH a través de situaciones que conllevan riesgo de transmisión. La PPE no ocupacional para el VIH es una intervención médica que implica el uso de antirretrovirales a corto plazo en personas VIH negativas que han tenido una posible exposición al virus. Se utiliza en situaciones como relaciones sexuales sin protección, fallos en el uso de barreras de látex o el uso de material de inyección contaminado.

## 3. Tipo de exposiciones.<sup>6,8</sup>

### 3.1 Exposiciones Sexuales

- 1 Práctica anal receptiva: Esta es la práctica sexual con mayor riesgo de transmisión del VIH. La probabilidad de transmisión es alta debido a la vulnerabilidad de las membranas mucosas del recto.
- 2 Práctica anal insertiva: El riesgo de transmisión es menor en comparación con la práctica anal receptiva, pero sigue siendo significativo.
- 3 Práctica vaginal receptiva: El riesgo de transmisión es alto, aunque menor que en la práctica anal receptiva. La mucosa vaginal puede ser una vía de entrada para el virus.
- 4 Práctica vaginal insertiva: El riesgo es menor que en la práctica vaginal receptiva, pero existe debido a posibles microabrasiones en la piel del pene.
- 5 Sexo oral: El riesgo es muy bajo, pero no nulo. La transmisión puede ocurrir si hay lesiones o sangrado en la boca.

### 3.2 Uso de Drogas Inyectables

El uso compartido de agujas y otros equipos de inyección es una de las vías no sexuales más comunes de transmisión del VIH. La reutilización de agujas puede llevar a la transferencia directa del virus a través de la sangre contaminada.

### 3.3 Mordeduras

Las mordeduras humanas son generalmente consideradas de bajo riesgo para la transmisión del VIH. Sin embargo, existe un riesgo si la mordedura provoca una herida profunda que sangra y si el agresor tiene sangre en la boca debido a una lesión o enfermedad periodontal.

# Profilaxis Post Exposición (PPE)

## 4. Exposiciones para las cuales se debe considerar la PPE (sin demora)

Relaciones sexuales vaginales o anales sin condón durante el abuso sexual  
Sexo oral con eyaculación o exposición a sangre durante el abuso sexual  
Lesiones por exposición a sangre de una fuente que se sabe que tiene VIH  
Lesiones por exposición a sangre de una fuente de estado VIH desconocido.<sup>5,8</sup>

## 5. Exposiciones que no justifican la PPE

Besos, escupir, contacto boca a boca en ausencia de daño a las mucosas (p. ej., reanimación boca a boca); mordeduras humanas que no involucren sangre; exposición a agujas u objetos punzantes que no hayan estado en contacto con una persona con o en riesgo de contraer VIH.<sup>4,5</sup>

## VI. Abordaje de un accidente que requiere PPE.

### 1. Consideración sobre el tiempo desde el accidente.

**“LA EXPOSICIÓN AL VIH  
ES UNA URGENCIA MÉDICA”.**

La PPE debe iniciarse de inmediato (idealmente dentro de las 2 horas posteriores a la exposición, pero a más tardar 72 horas después de la exposición) porque la efectividad de la PPE disminuye con el tiempo. No se debe postergar la indicación de PPE a la espera de resultados de pruebas diagnósticas o datos sobre la persona fuente. La evaluación de la exposición, el VIH y otras pruebas de referencia y otras actividades relacionadas pueden continuar después de administrar la primera dosis de PPE. En casos de duda, iniciar PPE y reevaluar en las siguientes 72 horas.<sup>4,6,7</sup>

### 2. Evaluación del paciente fuente.

Una parte importante para determinar el riesgo de transmisión del VIH es realizar un historial médico del individuo fuente. Esto incluye conocer su estado serológico respecto al VIH, el historial de tratamiento del VIH (si aplica) y la posible presencia de cualquier otra enfermedad infecciosa. Estos datos pueden requerir análisis de sangre, pero la espera de los resultados no debe retrasar el inicio de la Profilaxis Post-Exposición (PPE) en el individuo expuesto. En ausencia de estos detalles, se debe asumir un mayor riesgo de VIH.<sup>4</sup>

# Profilaxis Post Exposición (PPE)

## 2.1 Protocolo para la evaluación del paciente fuente<sup>6</sup>

### Consentimiento Voluntario

- Si se conoce la fuente, se debe obtener su consentimiento voluntario e informado para realizar las pruebas necesarias lo antes posible después de la exposición.

### Fuente Desconocida o Inaccesible

- Si la persona fuente es desconocida, no se puede contactar, no está disponible para pruebas o rechaza su consentimiento, se debe tratar a la persona expuesta como si la fuente fuera VIH positivo.

## 2.2 Investigaciones en el Individuo Fuente.<sup>6</sup>

infección/Prueba	Prueba Laboratorio
VIH	Test rápido de VIH de 4ta generación
	Carga viral o PCR de VIH cualitativo en menores de 2 años
VHB	HBsAg o test rápido para hepatitis B
VHC	Ac VHC o test rápido para hepatitis C
Sífilis	TP- Ac (test rápido para sífilis o prueba treponémica) o VDRL

Fuente: Adaptado de Guideline for post-exposure prophylaxis: Updated recommendations. South Afr J HIV Med. 2023.

**Si a la persona fuente se le diagnosticó recientemente VIH, no está recibiendo TAR o tiene una carga viral detectable, la PPE está indicada para todas las exposiciones a fluidos infecciosos.**



# Profilaxis Post Exposición (PPE)

## 4. Esquema antirretroviral para PPE.

La pauta será con la combinación de 3 fármacos y una duración de 28 días. Esta combinación se construye con un núcleo con 2 antirretrovirales Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos Nucleosídicos/nucleotídicos (ITIAN) combinado con un tercer antirretroviral (ARV). Este tercer fármaco ARV puede ser de la familia de los inhibidores de la integrasa (dolutegravir) considerados fármacos preferidos o de la familia de los inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir. El esquema preferencial se ajusta a la mayoría de los pacientes y presenta buena tolerancia, seguridad y pocas interacciones medicamentosas.

### 4.1 Regímenes de PPE recomendados

Regímenes de PPE recomendados. <sup>4,6</sup>	
Individuos $\geq$ 12años y $\geq$ 30 kg	Primera línea: Tenofovir/lamivudina/dolutegravir 300/300/50 mg (TLD):1 tableta cada 24hs. Si toma rifampicina o carbamazepina, agregue DTG 50 mg adicionales una vez al día (que se administrarán dentro de las 12 h posteriores a la dosis de TLD). Alternativas: - TDF (300 mg) / FTC (200 mg) + DTG 50mg cada 24hs. - TDF (300 mg) / FTC (200 mg) + ATV/r (300/100 mg) cada 24hs.
Individuos < 12años o < 30 kg *	ABC/3TC + DTG

\*Para RN (Recién nacidos) seguir recomendaciones guía ETMI PLUS.

### Dosis pediátricas de ARV.









FÁRMACO	DOSIS	DOSIS
Abacavir /Lamivudina (ABC/3TC)	3TC: 4 mg/kg cada 12 horas ABC: 8 mg/kg cada 12 horas	Tabletas dispersables 120/60 mg
Dolutegravir (DTG)	20-25 mg c/24hs de 10-20 kg 15-20 mg c/24hs de 6-15 kg	Tabletas 10 mg

# Profilaxis Post Exposición (PPE)

## 4.2 Evaluación de otras ITS en la PPE.

En el contexto de la PPE no ocupacional, es crucial considerar la prevención y el tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), además de la anticoncepción de emergencia cuando sea necesario.

## 4.3 Pautas de profilaxis recomendadas para otras ITS.

Plan	Posología	Comentarios
 ADULTOS Ceftriaxona 500mg IM	Dosis única	Cobertura contra gonorrea y otras ITS bacterianas.
 NIÑOS Ceftriaxona 125 mg	Dosis única	
 ADULTOS Doxiciclina 100 mg VO	cada 12 hs por 7 días.	Cobertura de Chlamydia y otros patógenos.
 NIÑOS Doxiciclina 2.2 mg/kg/día	cada 24 hs por 7 días.	
o		Se prefiere la doxiciclina a la azitromicina debido a su eficacia microbiana superior.
 ADULTOS Azitromicina 1g VO	Dosis única	
 NIÑOS Azitromicina 20mg/kg	Dosis única	
 ADULTOS Metronidazol 500mg VO (Adultos)	500mg cada 12hs por 7 días	Cobertura de Trichomonas. Reservamos la terapia de dosis única de 2gr VO dosis única para aquellos que no pueden completar el ciclo de tratamiento completo.
 NIÑOS Metronidazol 15mg/kg/día (Niños)	divida en 3 dosis por 7 días	
Vacuna contra Hepatitis B (VHB)	1ª dosis inicial	Completar esquema según pauta si no está vacunado o tiene esquema incompleto.
Gammaglobulina hiperimmune para VHB	Dosis según riesgo	Para no vacunados o vacunados con esquema incompleto.

Fuente: Adaptado de MMWR RecommRep 70 (RR-4):1 2021

# Profilaxis Post Exposición (PPE)

## 4.4 Profilaxis para hepatitis B según la fuente y paciente expuesto<sup>17,18</sup>

Estado vacunal del expuesto	Profilaxis según infección en la paciente fuente		
		HBsAg + o desconocido	HBsAg -
No vacunado/vacunación incompleta		IGHB (1 dosis) + Vacuna (3 dosis)	Vacuna (3 dosis)
vacunación completa (3 dosis completa)	1. Protegido: anti-HBs ≥ 10 mUI/ml	Ninguna	Ninguna
	2. No protegido: anti-HBs < 10 mUI/ml y no respondedor	Si ha recibido 2 series completas de vacuna: IGHB (2 dosis, separadas por 1 mes)	Si ha recibido 2 series completa: ninguna profilaxis
		Si ha recibido 1 serie completa de vacuna: IGHB (1 dosis) + completar nueva serie de vacunación	Si ha recibido 1 serie completa de vacuna administrar   una dosis adicional de vacuna VHB

Fuente: Adaptado de Villaverde S, Bello P, Rojo P. (v.4/2019). 20,21

† HBIG y la primera dosis de la vacuna deben administrarse simultáneamente, en diferentes lugares. La dosis estándar para adultos es de 0,06 ml/kg y debe administrarse por vía intramuscular. ‡ Si la prueba de HBsAg se retrasará > 24 h, trátelo como no respondedor. Lo ideal es que la HBIG se administre dentro de las 24 horas posteriores a la exposición, pero si esto no es posible (p. ej., si no está disponible de inmediato), se debe administrar dentro de los siete días posteriores a la exposición percutánea o 14 días después de la exposición sexual.

## 4.5 Manejo de la hepatitis C.

No existen medicamentos ni vacunas para reducir el riesgo de contraer el virus de la hepatitis C (VHC) después de una posible exposición. El tratamiento posterior a la exposición incluye una estrecha vigilancia clínica y pruebas de seguimiento del VHC, con derivación para tratamiento si se produce la infección.

## 4.6 Manejo de la hepatitis A.

Se recomienda evaluar a todo paciente con exposición sexual de riesgo, para descartar un eventual episodio de infección aguda por el virus de la hepatitis A. El principal mecanismo de transmisión del virus de la hepatitis A (HAV) es el fecal oral. La transmisión sexual de este virus es infrecuente, pero puede estar relacionadas a sexo oral. Si es posible, se debe verificar la susceptibilidad de la persona expuesta, a través de la investigación de análisis serológico específico (anti - VHA IgG y anti - VHA IgM).

# Profilaxis Post Exposición (PPE)

## VII. Seguimiento de la PPE.<sup>4</sup>

Es importante realizar un seguimiento estrecho para detectar y tratar infecciones nuevas, completar las vacunaciones necesarias y monitorizar la adherencia al tratamiento y efectos adversos.

Estudio	Al inicio	Semana 4-6	A los 3 meses	A los 6 meses
VIH	x	x	x	x
Hepatitis B (HBsAg, HBsAc, HBcAc)	x		En no vacunados	En no vacunados
Hepatitis C	x	x		x
Chlamydia y N. gonorrhoeae (PCR, si está disponible)	x	Si presenta síntomas		
Sífilis Prueba rápida treponémica si no tiene antecedentes de sífilis; de lo contrario, realizar una prueba no treponémica.	x	x	x	
Hemograma, perfil hepático y renal.	x		x	
En mujeres: prueba de embarazo	x		x	

Fuente: Adaptado de UK guideline for the use of HIV post-exposure prophylaxis 2021.

### Es importante proporcionar una asesoría integral que incluya:

Promoción de estrategias de prevención combinada: se debe ofrecer y recomendar el uso consistente de barreras de látex y lubricantes, así como el diagnóstico, tratamiento y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Es importante tranquilizar al paciente sobre la probabilidad de transmisión del VIH, que es relativamente baja (máximo 0.8% - 3%) en caso de exposición a una persona con VIH cuando se clasifica como riesgo considerable.

Se debe enfatizar la necesidad de adherirse completamente a la profilaxis durante 28 días, así como a cualquier otra profilaxis indicada, incluyendo el cumplimiento del esquema de vacunación contra la hepatitis B si se indica. Además, es crucial que el paciente realice los controles médicos que se le recomienden.

En casos de uso repetido de PPE en un individuo, es importante evaluar el beneficio potencial de la PrEP en el futuro.<sup>6</sup>

# Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)



## I. Concepto

La profilaxis preexposición (PrEP) es una estrategia de prevención de la transmisión del VIH basada en el uso de antirretrovirales en personas VIH negativas que presentan un alto riesgo de adquirir la infección. Su objetivo principal es reducir la probabilidad de transmisión del virus mediante la concentración de estos fármacos en los sitios de posible ingreso del VIH, como el recto-ano, la vagina y la sangre. PrEP ha demostrado ser una herramienta eficaz y segura dentro de un enfoque de prevención combinada, mostrando una efectividad de hasta el 99% cuando se utiliza de manera consistente y adecuada.<sup>20</sup>

## II. Diferencia entre PPE y PrEP



La **PrEP (Profilaxis Pre Exposición)** es un tratamiento preventivo que se toma de manera continua antes de una posible exposición al VIH, dirigido a personas con alto riesgo de infección, como aquellas que practican sexo sin protección.



La **PPE (Profilaxis Post Exposición)** es un tratamiento de emergencia que debe iniciarse dentro de las primeras 72 horas tras una exposición reciente al VIH, como en casos de agresión sexual o accidentes con objetos contaminados. Mientras que la PrEP se utiliza de manera continua, la PPE es una intervención puntual que se administra durante 28 días después de la exposición.<sup>5,22,24</sup>

## III. Criterios de elegibilidad para el uso de PrEP

Se recomienda la PrEP a toda persona que reporta comportamientos sexuales de riesgo para contraer VIH, independientemente género u orientación sexual<sup>120,21,27:</sup>

1. Personas que solicitan la PrEP.  
Personas que tienen sexo anal o vaginal sin condón con personas en riesgo de contraer el VIH.
2. Personas que se inyectan drogas y que podrían compartir el equipo de inyección.
3. Repetición de prácticas sexuales anales o vaginales con penetración sin uso o con uso inconsistente de condones.
4. Relaciones sexuales frecuentes con parejas casuales.
5. Antecedente de ITS.
6. Antecedente reiterado de PPE.
7. Pareja serodiscordante y carga viral para VIH detectable.
8. Práctica de chemsex.
9. Sexo transaccional (relaciones sexuales a cambio de dinero, objetos de valor, drogas, vivienda, entre otros).
- 10.

# Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)

## IV. Evaluación para el inicio de PrEP.

La evaluación para inicio de la PrEP debe realizarse en un ambiente de confianza entre la persona que desea o tiene indicaciones de recibir la PrEP y el profesional de la salud, donde se pueda abordar de manera abierta y sin prejuicios las vulnerabilidades relacionadas con las prácticas sexuales. Es importante también considerar las condiciones que pueden influir en la adherencia al tratamiento.

### 1. Primera consulta

En la consulta inicial, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Capacidad de adherencia, interés y comprensión de la persona para utilizar la PrEP (la eficacia de la PrEP oral depende de la adherencia y uso correcto).
- Consideración de la profilaxis postexposición (PEP) si hubo una posible exposición al VIH en las últimas 72 horas.
- Identificación de signos y síntomas que podrían indicar una infección aguda por VIH.
- Historia médica y factores de riesgo relacionados con enfermedad renal u ósea, antecedentes de fracturas patológicas.
- Realización de pruebas y tratamiento para otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Estado de vacunación contra infecciones inmunoprevenibles (Ej. Hepatitis B).

### 2. Pruebas para descartar VIH

#### Personas sin antecedente de PrEP

Para aquellos usuarios que no han recibido profilaxis previamente y que inician PrEP oral, se recomienda realizar una prueba rápida de VIH de cuarta generación.

En entornos con mayor vulnerabilidad, atención por telemedicina o en contextos extramurales, se podría considerar el uso de un autotest para VIH, únicamente si la historia clínica indica que es poco probable que exista una infección aguda por VIH.

#### Personas con antecedente de PrEP

En pacientes que reinician la profilaxis posterior a la exposición (PrEP), también se deben realizar pruebas de antígeno/anticuerpo de cuarta generación (pruebas rápidas o serológicas). Esto se debe a que la sensibilidad de las pruebas podría verse afectada si la persona ya ha estado en tratamiento previo, lo que podría incidir en la detección temprana de una posible infección.

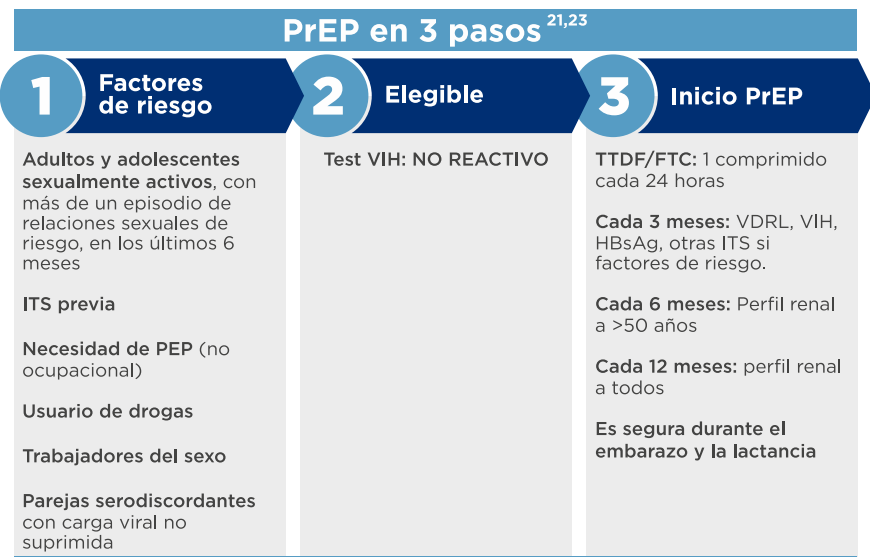
# Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)

## 2. Pruebas para descartar VIH

A las personas que están siendo evaluadas para PrEP se debe solicitar pruebas para descartar otras infecciones de transmisión sexual.<sup>21,23,37,41</sup>

Pruebas adicionales	
Hepatitis B	HBsAg, AntiHBc, AntiHBs
Hepatitis C	Anti HVC
Sífilis	Test rápido o VDRL
Función renal	Creatinina

\*Usuarios con factores de riesgo de enfermedad renal (p. ej., diabetes, hipertensión, edad avanzada, medicamentos nefrotóxicos), es razonable pedir un análisis de perfil renal antes de iniciar la PrEP oral para evaluar la funcionalidad renal. En personas sin comorbilidades y menores de 50 años, pedir en la primera consulta y reevaluar a los 1-3 meses.



# Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)

## V. Tratamiento Farmacológico

### 1. Efectividad de la PrEP<sup>23,27</sup>

La PrEP Oral e inyectable tiene una eficacia superior al 90% cuando se toma o administra correctamente y el anillo PrEP una eficacia del aproximadamente el 50% si es bien utilizado. Las infecciones ocurren cuando no se utilizan las estrategias según lo prescrito.

Los pocos casos a veces se deben a:

- El VIH era resistente a los medicamentos de la PrEP.
- Infección por VIH muy reciente

### 2. Esquema antirretroviral para PrEP oral.<sup>20,21,26,37</sup>

El esquema disponible para PrEP consiste en la combinación en una sola dosis fija de los antirretrovirales fumarato de tenofovir disoproxil (TDF) 300 mg y emtricitabina (FTC) 200 mg.

Actualmente, existen dos modalidades de PrEP oral: una de uso diario y otra "por evento". Se recomienda que, para los candidatos elegibles para la PrEP, el inicio del tratamiento se realice lo más cerca posible de la fecha en que se realice la prueba de VIH, preferentemente el mismo día de la prueba. Este enfoque asegura que las personas comiencen la profilaxis de manera inmediata, maximizando su efectividad y minimizando el riesgo de transmisión del VIH.

### 3. Pautas de tratamiento<sup>23,21,22,34,37</sup>

#### Esquema diario:

Consiste en la administración de una tableta diaria de PrEP (TDF/FTC), la primera dosis consiste en la administración de 2 tabletas, posteriormente 1 tableta cada 24hs todos los días. Este esquema está indicado tanto para relaciones sexuales vaginales como anales y para usuarios de drogas. En mujeres requiere un período de al menos 7 días de uso continuo antes de estar protegida en una eventual relación sexual de riesgo y debe mantenerse por 7 días después de la última exposición de riesgo. En el caso de los hombres con la administración de 2 comprimidos se asegura la protección desde 2hs antes de una relación sexual con riesgo de transmisión de VIH. La PrEP oral diaria puede ser recomendada para cualquier persona mayor de 15 años y con un peso superior a 35 kg.

#### Esquema por evento o a demanda:

Es un esquema alternativo de PrEP recomendado para hombres que tienen sexo anal con menos de dos prácticas sexuales por semana sin protección, siempre que estas puedan ser planificadas. Este método no compromete la efectividad de la PrEP en estas circunstancias. Sin embargo, no se recomienda en mujeres, ya que las drogas requieren más tiempo para acumularse adecuadamente en la mucosa vaginal.

# Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)



## Diaria

Día 1: tomar 2 comprimidos, a partir del día 2, tomar 1 comprimido cada 24 horas, todos los días. Para lograr efectividad se debe tomar al menos 7 días de forma continua y mantenerse hasta al menos 7 días posterior a la última exposición de riesgo.



## Por evento

Consiste en tomar 2 comprimidos entre 2 y 24 horas, antes de la relación sexual, seguida por la toma de un tercer comprimido 24 hs después de los 2 primeros y un cuarto comprimido, 24 horas después, del tercer comprimido.

Figura 2.

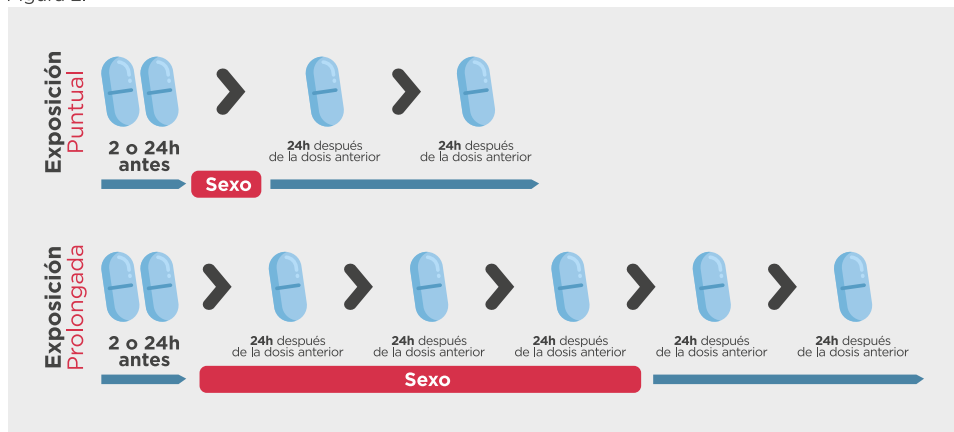


Figura 2. Régimen de dosificación de PrEP oral para personas con sexo masculino asignado al nacer que no utilizan hormonas exógenas basadas en estradiol y que utilizan la PrEP oral para prevenir la infección por el VIH por vía sexual.

Adaptado de la Herramienta de implementación 2024 de la OMS (Implementation Tool 2024, WHO)

# Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)

## 4. Tiempo necesario para iniciar la protección segura de la PrEP

El tiempo necesario para que la PrEP brinde una protección segura depende de la concentración del medicamento en la sangre y en otros tejidos del cuerpo. Este período puede variar según el sexo al nacer, el tipo de exposición y la presencia de hormonas basadas en estradiol. Es importante seguir las recomendaciones sobre el uso de medidas adicionales de prevención hasta que se alcance la protección completa. A continuación, se detalla el tiempo necesario de uso inicial para obtener protección, considerando las variaciones<sup>20,32,37</sup>

Población	Tiempo para efecto seguro
Sexo femenino al nacer y cualquier persona en uso de hormonas basadas en estradiol	7 días
Sexo masculino al nacer, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transexuales que no usen hormonas basadas en estradiol	2 a 24 horas

## 5. Reacciones adversas de la PrEP.

Generalmente bien tolerada, pero se deben informar los posibles efectos adversos como cefalea, náuseas, dolor abdominal leve. La mayoría de estos efectos secundarios se resuelven al cabo de un mes de uso continuado. Cuando se usa TDF, se debe monitorear la función renal y riesgo de osteopenia-osteoporosis. En base a los estudios clínicos de PrEP, se constató que los efectos adversos sobre la función renal y la aparición de desmineralización ósea en caso de presentarse son reversibles con la suspensión de la profilaxis.

## 6. Contraindicaciones para el uso de para PrEP.<sup>36,37</sup>

### La PrEP NO se debe administrar en los siguientes casos:

- Personas con resultado positivo en la prueba del VIH.
- Posible exposición al VIH en las últimas 72 horas (a estos pacientes se les debe ofrecer PPE).
- Signos de infección aguda por el VIH (**cuadro 1**) *Y posible exposición al VIH dentro de los últimos 14 días.*
- Reticencia o incapacidad para comprometerse a utilizar la PrEP de manera eficaz.
- Alergia o hipersensibilidad a una sustancia activa o a otras sustancias que figuren en la hoja informativa del producto.
- Insuficiencia renal detectada, aclaramiento de creatinina inferior a 60 ml/min en PrEP Oral con TDF.

### SIGNOS DE INFECCIÓN AGUDA POR EL VIH

Fiebre

Inflamación de los ganglios linfáticos

Erupción cutánea

Dolor de cabeza

Dolor de garganta

Dolores y molestias

Llagas en la boca

parestias antes de dolor abdominal leve

# Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)

## 7. Interacciones entre la PrEP oral y otros medicamentos

Existen algunos indicios de que la utilización de hormonas para la afirmación del género puede reducir los niveles del medicamento de la PrEP oral en las personas con sexo masculino asignado al nacer, razón por la cual se recomienda la PrEP oral diaria para estas personas, incluidas las mujeres transgénero que utilizan hormonas para la afirmación del género, pero no se recomienda la dosis puntual u ocasional.

No existen interacciones conocidas entre los medicamentos utilizados para la PrEP oral y el alcohol o las drogas de uso recreativo. Sin embargo, si una persona considera que el consumo de alcohol u otras sustancias está interfiriendo con la PrEP oral que está tomando según lo indicado, su proveedor de PrEP debe proporcionarle apoyo y derivaciones y, siempre que sea necesario, ofrecerle otras opciones de prevención, entre ellas, el uso de preservativos y lubricantes compatibles, además de vincularle con servicios de reducción de daños cuando estos se encuentren disponibles. El tenofovir también debe utilizarse con precaución si tomas regularmente otros medicamentos que afectan los riñones. Entre ellos se incluyen algunos antiinflamatorios no esteroides (AINE), especialmente diclofenaco, ibuprofeno y naproxeno.<sup>21,32,37</sup>

## 8. Discontinuación de la PrEP oral.

Los pacientes deben continuar con la PrEP mientras persista el riesgo de infección de VIH. Para las personas que inician la PrEP porque su pareja tiene VIH, la PrEP debe continuar hasta que su pareja haya alcanzado una carga viral indetectable de manera estable, lo que generalmente ocurre seis meses después de iniciar la terapia antirretroviral (TAR). Una persona con VIH que tiene una carga viral indetectable, no transmite el virus por vía sexual. Sin embargo, se debe continuar con la PrEP en personas que tienen relaciones sexuales sin condón con otras parejas o si existe la preocupación sobre la adherencia al TAR de la pareja con VIH.

Cuando una persona decide suspender la PrEP, el tratamiento debe continuar durante un período de tiempo después de su último encuentro sexual. Además, se deben realizar pruebas de VIH en el momento en que suspendan la PrEP. Para los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), se debe continuar con la PrEP durante dos días después de su última exposición sexual si se encuentra bajo el régimen basado en eventos 2-1-1. Por el contrario, para otras poblaciones, se debe continuar la PrEP durante 7 días después de la última exposición de alto riesgo.<sup>21,32</sup>

## 9. Recomendaciones para el usuario si olvida tomar la píldora de PrEP

Si un usuario olvida tomar una dosis de PrEP, se debe indicar que tome la pastilla tan pronto como lo recuerde, siempre que no esté cerca de la hora de la siguiente dosis. En caso de que esté cerca el momento de la dosis siguiente, debe omitir la dosis olvidada y continuar con su esquema habitual. **Es crucial enfatizar la importancia de una toma regular de la PrEP para asegurar su efectividad.** Si han pasado más de 12 horas desde la dosis olvidada, el paciente no debe tomar la dosis perdida y debe seguir con su horario regular. No se recomienda que los pacientes tomen dos dosis al mismo tiempo para compensar la dosis olvidada, ya que esto no mejora la protección y puede causar efectos adversos.<sup>24</sup>

# Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)

## VI. Seguimiento

Una vez iniciada la PrEP, el primer control podría realizarse de 1 a 3 meses para evaluar la adherencia del paciente a la estrategia, posteriormente el seguimiento clínico se realizará cada 3 meses y las dispensaciones subsecuentes se efectuarán según la capacidad de suministro de la unidad de salud.



**El test de VIH debe realizarse para cada consulta y es obligatorio, preferiblemente utilizando una prueba rápida de cuarta generación en sangre.**

### 1. Monitoreo de rutina para pacientes en un régimen estable de PrEP

Prueba o Control	Frecuencia de los Controles
Test de VIH	Antes del inicio y controles cada 3 meses
Test rápido para sífilis*, HBV, HVC	Cada 3 meses si el factor de riesgo es alto, de lo contrario cada 6 meses.
Perfil renal	1 vez al año en menores de 50 años Cada 6 meses en personas mayores de 50 años Antes del inicio en usuarios con factores de riesgo (>60 años, HTA, diabetes, obesidad)
Rutina laboratorial completa	Cada año

\*Test rápido para sífilis si no existe antecedente de infección, VDRL si existe antecedente de infección por *T. pallidum*.

### 2. Criterios para la interrupción de la PrEP

#### La PrEP deberá ser interrumpida en los siguientes casos:

- Diagnóstico de infección por VIH.
- Deseo del paciente de interrumpir el uso del medicamento.
- Persistencia o aparición de efectos adversos significativos.
- Baja adherencia a la PrEP, incluso después de un enfoque individualizado para mejorar la adherencia.

Para los usuarios que experimenten un cambio significativo en su contexto de vida, con una notable disminución en la frecuencia de prácticas sexuales de alto riesgo, el esquema de PrEP "por evento" puede ser una opción viable. Esta alternativa debe ser evaluada conjuntamente entre el paciente y el profesional de salud antes de decidir interrumpir el uso de la PrEP.<sup>21,32,37</sup>

# Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)

## VII. Consideraciones Adicionales

### Autotest de VIH:



Las pruebas de autodiagnóstico del VIH, son una herramienta complementaria eficaz para la detección temprana de la infección por VIH. Estas pruebas podrían utilizarse también durante la primera consulta de PrEP, especialmente en usuarios que no han recibido previamente la profilaxis y que no presentan síntomas de infección aguda por VIH. Se recomienda su uso principalmente en contextos de telemedicina y en poblaciones vulnerables.<sup>29,38,39,40</sup>



### Función hepática:

En PrEP oral, estas pruebas solo son necesarias si hay antecedentes de infecciones hepáticas.<sup>20,35</sup>



### Osteoporosis

Investigar antecedentes o factores de riesgo de osteoporosis, ya que TDF puede reducir la densidad ósea, principalmente en los primeros seis meses. Se recomienda densitometría ósea únicamente en pacientes con alto riesgo o sin estudios previos recientes.<sup>20,37,32</sup>



### PrEP en mujeres:

Investigar antecedentes o factores de riesgo de osteoporosis, ya que TDF puede reducir la densidad ósea, principalmente en los primeros seis meses. Se recomienda densitometría ósea únicamente en pacientes con alto riesgo o sin estudios previos recientes.<sup>20,37,32</sup>



### Circuncisión:

La circuncisión reduce significativamente el riesgo de transmisión del VIH en hombres heterosexuales y hombres que tienen sexo con hombres y puede ofrecerse como parte de una estrategia combinada de prevención en contextos de alto riesgo.<sup>26</sup>

### Chemsex

El chemsex, uso de sustancias para prolongar actividades sexuales, conlleva riesgos elevados de VIH y otras ITS debido a la desinhibición, uso compartido de agujas, y prácticas sexuales sin protección. Las personas involucradas en chemsex se benefician especialmente de la PrEP junto con educación preventiva y apoyo integral.<sup>27</sup>

# Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)

## VIII. Otros esquemas utilizados como PrEP

### **TAF/FTC:**

En pacientes con función renal reducida (CICR entre 30 y 60 ml/min) o antecedentes de patologías óseas, podría evaluarse el uso de Tenofovir alafenamida (TAF) en lugar de Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) como parte del esquema de PrEP, aunque no está recomendado por la OMS. El TAF podría ser una opción más segura en términos de función renal y osteopenia, en comparación con el TDF. Esta opción puede ser considerada en casos específicos valorando riesgo/beneficio, siempre bajo una evaluación médica adecuada para asegurar su uso seguro y efectivo.<sup>21,37</sup>

### **Anillo de PrEP**

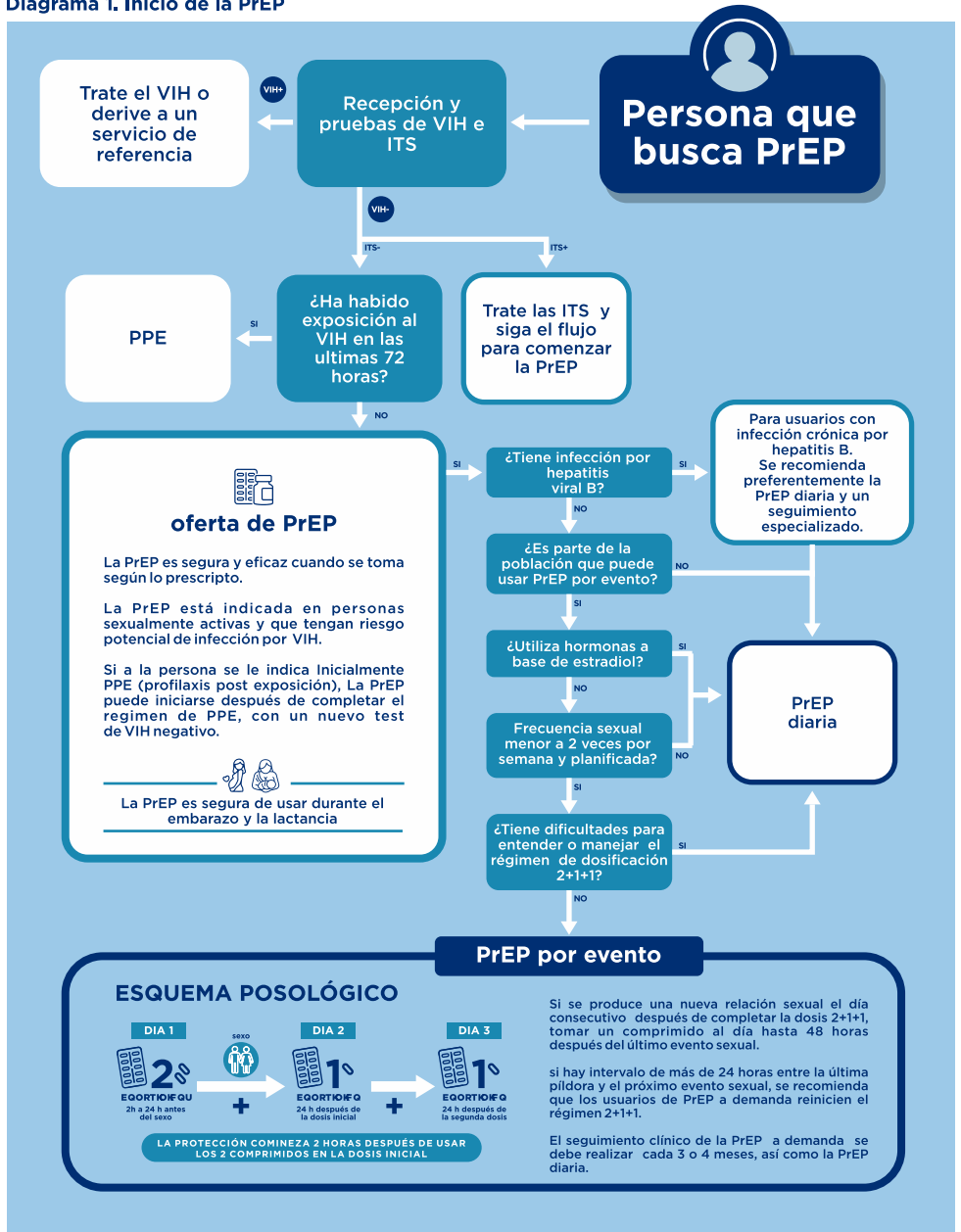
El anillo de PrEP es un método de prevención del VIH de acción prolongada que se ha estudiado para personas con sexo femenino asignado al nacer y que la OMS recomienda para las mujeres cisgénero. Se recomienda utilizar el anillo únicamente para prevenir la infección por el VIH a través de relaciones sexuales vaginales receptivas. El anillo se inserta en la vagina y debe permanecer en su sitio durante 28 días. Está hecho de material de silicona flexible que contiene 25 mg de dapivirina, un medicamento antirretroviral. El anillo libera el medicamento de manera directa en el lugar de la posible infección durante el transcurso de un mes, con una baja absorción en cualquier otra parte del cuerpo, lo que reduce la probabilidad de efectos secundarios sistémicos. Cada mes, las pacientes pueden insertar, quitar y reemplazar el anillo por sí mismas si así lo desean. Los distintos análisis de eficacia entre las participantes que utilizaron este método de manera sistemática indican que el anillo de PrEP puede reducir la probabilidad de infección por el VIH durante una relación sexual vaginal receptiva en un 50% o más si se utiliza de forma sistemática durante un mes.<sup>27,33,37</sup>

### **PrEP inyectable:**

La CAB PrEP es un método de PrEP de acción prolongada que contiene 600 mg (3ml) de una suspensión inyectable de liberación prolongada de cabotegravir. Se trata de una inyección intramuscular que se administra en el músculo glúteo. La CAB PrEP se debe inyectar únicamente en el músculo glúteo; no se han estudiado su farmacocinética y eficacia cuando se inyecta en otras zonas. Las dos primeras inyecciones se aplican con un intervalo de un mes, seguidas de inyecciones cada dos meses. La CAB PrEP tarda aproximadamente siete días en alcanzar su máxima efectividad.<sup>31,25,37,26</sup>

# Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)

Diagrama 1. Inicio de la PrEP



1. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *New Engl J Med* 1997; 337:1485-90.
2. Poynten IM, Jin F, Mao L, et al. Nonoccupational postexposure prophylaxis, subsequent risk behaviour and HIV incidence in a cohort of Australian homosexual men. *Aids* 2009; 23:1119-26.
3. HIV exposure through contact with body fluids. *Prescrire Int* 2012;21(126):100-1,103-5.
4. Cresswell F, Asanati K, Bhagani S, Boffito M, Delpech V, Ellis J, Fox J, Furness L, Kingston M, Mansouri M, Samarawickrama A, Smithson K, Sparrowhawk A, Rafferty P, Roper T, Waters L, Rodger A, Gupta N. UK guideline for the use of HIV post-exposure prophylaxis 2021. *HIV Med.* 2022 May;23(5):494-545. doi: 10.1111/hiv.13208. Epub 2022 Feb 14. Erratum in: *HIV Med.* 2022 Jul;23(6):701. doi: 10.1111/hiv.13327. PMID: 35166004.
5. Ford N and Mayer KH; for the World Health Organization Postexposure Prophylaxis Guideline Development Group. World Health Organization Guidelines on Postexposure Prophylaxis for HIV: Recommendations for a Public Health Approach. *Clin Infect Dis* 2015; 60(S3): S161-4.
6. Horak J, Venter WDF, Wattrus C, Papavarnavas N, Howell P, Sorour G, Wallis C, Gill K, Conradie F, Bekker LG. Southern African HIV Clinicians Society 2023 Guideline for post-exposure prophylaxis: Updated recommendations. *South Afr J HIV Med.* 2023 Sep 28;24(1):1522. doi: 10.4102/sajhivmed. v24i1.1522. PMID: 37795431; PMCID: PMC10546897.
7. Brown D, Williams E, Garcia F, et al. National Institutes of Health (NIH). Post-Exposure Prophylaxis (PEP). Bethesda: NIH; 2024.
8. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimación del riesgo de transmisión del VIH por acto: una revisión sistemática. *SIDA (Londres, Inglaterra)*. 2014;28(10):1509. <https://doi.org/10.1097/QAD.000000000000298>.
9. DeHaan E, McGowan JP, Fine SM, et al. PEP para prevenir la infección por VIH. Baltimore (MD): Universidad Johns Hopkins; 11 de agosto de 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562734/>
10. Sundareshan V, Swinkels HM, Nguyen AD, Mangat R, Koirala J. Preexposure Prophylaxis for HIV Prevention. 2024 Jan 28. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 29939566.
11. US Preventive Services Task Force; Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmow D, et Al. Preexposure Prophylaxis to Prevent Acquisition of HIV: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2023 Aug 22;330(8):736-745. doi: 10.1001/jama.2023.14461. Erratum in: *JAMA.* 2023 Nov 14;330(18):1805. PMID: 37606666.
12. Nwaiwu CA, Egro FM, Smith S, et al. Seroconversion rate among health care workers exposed to HIV-contaminated body fluids: The University of Pittsburgh 13-year experience. *Am J Infect Control.* 2017;45(8):896-900. [PMID:28449921]
13. Shenoy ES, Weber DJ. Occupational Health Update: Evaluation and Management of Exposures and Postexposure Prophylaxis. *Infect Dis Clin North Am.* 2021;35(3):735-754. [PMID:34362541]

# Bibliografía

14. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Department of Health & Human Services. Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV - United States, 2016. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>
15. Connor EE. Screening and Testing for Hepatitis B Virus Infection: CDC Recommendations — United States, 2023. MMWR Recommendations and Reports / March 10, 2023 / 72(1);1-25
16. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep. 1998;47(RR-19):1-39. [PMID:9790221]
17. Villaverde S, Bello P, Rojo P. Pinchazo accidental y otras exposiciones a virus transmitidos por sangre y fluidos corporales (v.4/2019). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.
18. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 Jul 23;70(4):1-187. doi: 10.15585/mmwr.rr7004a1. PMID: 34292926; PMCID: PMC8344968.
19. Linden JA. Clinical practice. Care of the adult patient after sexual assault. N Engl J Med. 2011 Sep 1;365(9):834-41. doi: 10.1056/NEJMcp1102869. PMID: 21879901
20. Centros de Control y Prevención de Enfermedades. Profilaxis previa a la exposición para la prevención de la infección por VIH en los Estados Unidos: actualización de 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021>.
21. UK guide to PrEP, 10 Th edition, February 2024
22. Uso de PrEP como parte de la estrategia de Prevención combinada Recomendaciones y directrices clínicas para equipos de salud Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2022.
23. Documento de consenso de GeSIDA/ División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2023)
24. [CDC.gov/hiv/basics/prep.html](https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep.html)
25. Delaney-Moretlwe S, Voldal E, Saidi F, Stranix-Chibanda L, Bhondai-Mhuri M, Mandima P, et al. Initial evaluation of injectable cabotegravir safety during pregnancy in the HPTN 084 open-label extension [resumen]. 25a Conferencia Internacional sobre el Sida 22 al 26 de julio de 2024; Munich, Alemania. Disponible en: <https://programme.aids2024.org/Abstract/Abstract/?abstractid=12420>.
26. Yanxiao Gao, Yuewei Zhan, Yinghui Sun, et al. Efficacy of Voluntary Medical Male Circumcision to Prevent HIV Infection Among Men Who Have Sex With Men: A Randomized Controlled Trial. Ann Intern Med.2024;177:719-728. [Epub 28 May 2024]
27. OMS. Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis [Internet]. Ginebra: O M S , 2 0 2 4 . Disponible en : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095137#:~:text=PEP%20is%20most%20effective%20when,28%2Dday%20prescription%20for%20PEP>.

28. McGuire C, Atieno MA, Hoke T, Jeckonia P, K'orimba K, Lorenzetti L, et al. PrEP method switching: Will it yield greater coverage of HIV protection? Applying lessons learned from family planning to guide future research in the context of PrEP choice. *Curr HIV/AIDS Rep.* 24 de julio de 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11904-024-00704-1>
29. Kiptinness C, Kuo AP, Reedy AM, Johnson CC, Ngure K, Wagner AD, et al. Examining the use of HIV self-testing to support PrEP delivery: a systematic literature review. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2022;19(5):394-408.
30. Niemi M, Backman JT, Fromm MF, Neuvonen PJ, Kivistö, KT. Pharmacokinetic interactions with rifampicin: clinical relevance. *Clin Pharmacokinet.* 2003;42(9):819-50.
31. Grinsztejn B, Hanscom B, Wang Z, Donnell D, Richardson P, Sullivan P, et al. Transgender women (TGW) in HPTN 083: an evaluation of safety, efficacy, and gender affirming hormonal therapy interactions with long-acting cabotegravir (CAB-LA) [resumen]. 24a Conferencia Internacional sobre el Sida; 29 de julio al 2 de agosto de 2022; Montreal, Canadá. Disponible en: <https://programme.aids2022.org/Abstract/Abstract/?abstractid=12707>.
32. MINISTÉRIO DA SAÚDE, secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde – SECTICS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV. Brasília, DF | Outubro de 2024.
33. Baeten JM, Palanee-Phillips T, Mgodini NM, Mayo AJ, Szyldo DW, Ramjee G, et al. MTN-025/Equipo de estudio HOPE. Safety, uptake, and use of a dapivirine vaginal ring for HIV-1 prevention in African women (HOPE): an open-label, extension study. *Lancet HIV.* Febrero de 2021; 8(2): e87–e95.
34. Molina JM, Charreau I, Spire B, Cotte L, Chas J, Capitant C, et al. Efficacy, safety and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. *Lancet HIV.* Septiembre de 2017;4(9):e402–e410.
35. OMS. Appropriate medicines: options for pre-exposure prophylaxis [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-18.22>.
36. OMS. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado el 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57413>.
37. Maximizing Options to Advance Informed Choice for HIV Prevention. Directrices modelo para la profilaxis previa a la exposición: PrEP oral, anillo y cabotegravir inyectable. USAID. Noviembre 2024.
38. Ortblad KF, Kearney JE, Mugwanya K, Irungu EM, Haberer JE, Barnabas RV, Donnell D, Mugo NR, Baeten JM, Ngure K. HIV-1 self-testing to improve the efficiency of pre-exposure prophylaxis delivery: a randomized trial in Kenya. *Trials.* 2019 Jul 4;20(1):396. doi: 10.1186/s13063-019-3521-2. PMID: 31272495; PMCID: PMC6610957.

# Bibliografia

39. Neuman M, Mwinga A, Kapaku K, Sigande L, Gotsche C, Taegtmeier M, Dacombe R, Maluzi K, Kosloff B, Johnson C, Hatzold K, Corbett EL, Ayles H. Sensitivity and specificity of OraQuick® HIV self-test compared to a 4th generation laboratory reference standard algorithm in urban and rural Zambia. *BMC Infect Dis.* 2022 May 25;22(Suppl 1):494. doi: 10.1186/s12879-022-07457-5. PMID: 35614397; PMCID: PMC9134574.
40. Nkenfou CN, Kembou JE, Temgoua ES, Djikeng A, Mouafo LM, Ndzie EN, Donkam I, Colizzi V, SanouSobzé M. Evaluation of OraQuick® HIV-1/2 as Oral Rapid Test. *Afr J Infect Dis.* 2013 Aug 9;7(2):27-30. doi: 10.4314/ajid.v7i2.2. PMID: 28451078; PMCID: PMC5352952
41. MINISTÉRIO DA SAÚDE, secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde – SECTICS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV. Brasília, DF | Outubro de 2024.

GUÍA DE PROFILAXIS

# PPE/PrEP

POST EXPOSICIÓN (PPE)  
Y PRE EXPOSICIÓN (PrEP)



MINISTERIO DE  
**SALUD PÚBLICA Y  
BIENESTAR SOCIAL**  
PARAGUAY

PARAGUAY  
**TESÁI HA TEKÓ  
PORÁVE**  
MOTENONDEHA



**DGVS**  
Paraguay



**PRONASIDA**  
PARAGUAY