

## Bibliografía Internacional

# Recomendaciones en profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional frente al VIH

A. Requena López, L.M. Claraco Vega, C. Ascaso Martorell, E. Bustamante Rodríguez, J. Povar Marco, J.M. Franco Sorolla

SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL MIGUEL SERVET. ZARAGOZA

### INTRODUCCIÓN

La infección causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha extendido ampliamente en el mundo en estas dos últimas décadas. Según los últimos cálculos de ONUSIDA, se estima que 37 millones de personas están infectadas por este virus. En nuestro país existen en la actualidad más de 58.000 pacientes con SIDA, según los datos del registro nacional y se estima que unas 120.000 personas vivas están infectadas por el VIH.

El personal sanitario que trabaja en contacto con estos pacientes, o con sangre o fluidos corporales potencialmente infecciosos, presenta un riesgo de exposición laboral accidental al VIH. Por otro lado, están adquiriendo interés las demandas de atención sanitaria por exposiciones accidentales de riesgo que ocurren en el ámbito de la comunidad. Se ha visto que, aproximadamente, un 80% de los profesionales que tratan pacientes infectados por VIH se han enfrentado a estas situaciones, siendo las más frecuentes los pinchazos accidentales y las relaciones sexuales no protegidas con personas infectadas o de estado serológico desconocido.

La prevención primaria, prevención pre-exposición, continúa siendo el método más efectivo para prevenir la infección por el VIH. La prevención secundaria, el empleo de fármacos antirretrovirales como medida de reducción de la infección por el VIH, está recomendada en determinadas situaciones de exposición ocupacional; en cambio, para las exposiciones accidentales fuera del ámbito sanitario, estas indicaciones no están del todo aclaradas. De cualquier modo, la prevención secundaria nunca podría suplir a la prevención primaria.

Por otra parte, el riesgo de infección por el VIH ante una

exposición de riesgo puede ir asociada, según la vía de contacto, al riesgo de padecer una infección por otros agentes (virus de hepatitis B, C, enfermedades de transmisión sexual, ...), así como a la posibilidad de embarazo.

### VALORACIÓN INICIAL

Las personas que acuden a los servicios sanitarios por una exposición de riesgo suelen hacerlo a los Servicios de Medicina Preventiva, Salud Laboral, Servicios de Urgencias (tanto hospitalarios como extrahospitalarios). El personal responsable de su atención debe establecer una valoración del riesgo de la exposición poco después de la llegada al servicio si es posible.

#### Aspectos a tener en cuenta en la valoración inicial de una exposición de riesgo

- ¿Se trata de una exposición ocupacional o no ocupacional?
- Vía de exposición.
- Tipo de fluido.
- Fuente de contacto, ¿conocido/desconocido como infectado por el VIH, VHB, VHC?
- Tiempo de latencia, desde la exposición hasta la demanda de atención sanitaria.
- Valoración de conductas de riesgo en la persona expuesta.
- Antecedentes personales de la persona expuesta.
- Situación inmunológica previa para VIH, VHB, VHC, Tétanos de la persona expuesta.



## MANEJO ANTE UNA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL

CDC. Updated U.S. Public Health Service. Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR June 29, 2001 /Vol 50/ No. RR-11: 1-42.* <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR5011.pdf>

Se define personal sanitario a las personas cuyas actividades comprendan contacto con pacientes o con sangre u otros fluidos potencialmente infecciosos en un centro sanitario, laboratorio o servicios de sanidad pública. Una exposición ocupacional se considera al contacto de personal sanitario por lesión percutánea o con mucosas o piel lesionada (erosiones, grietas, dermatitis) con sangre, tejidos u otros fluidos corporales potencialmente infectados.

### Fluidos potencialmente infecciosos:

Sangre, fluidos corporales que contengan sangre visible, semen, secreciones vaginales. También se incluyen: líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural, pericárdico y amniótico.

### No considerados potencialmente infecciosos:

Heces, secreciones nasales, saliva, esputos, sudor, lágrimas, orina, vómitos (a menos que contengan sangre visible)

## Riesgo de transmisión ocupacional del VIH

### Exposición a sangre infectada

- Contacto percutáneo: 0,3% (IC 95%: 0,2%-0,5%)
- Contacto con mucosas: 0,09% (IC 95%: 0,006%-0,5%)
- Contacto con piel lesionada (grietas, erosiones,...): La probabilidad de riesgo de transmisión no ha sido cuantificada, pero se estima que es menor a la exposición por contacto con mucosas.

### Exposición a otros fluidos o tejidos infectados

El riesgo se estima probablemente inferior que las exposiciones con sangre infectada.

## Eficacia de los antirretrovirales en la profilaxis postexposición (PPE) ocupacional

Existe poca información que evalúe la eficacia de la PPE. En estudios humanos, hay diferencias en cuanto a la eficacia de la PPE. Así, en un estudio retrospectivo el uso de Zidovudina (ZDV) se asoció con una reducción del riesgo de infección de aproximadamente el 81% (IC 95%: 43%-94%), con las limitaciones de un pequeño número de casos estudiados y la selección de casos y controles de diferentes cohortes.

## Recomendaciones en la exposición ocupacional de riesgo frente al VIH

Vamos a hacer referencia a las recomendaciones tras la exposición ocupacional a sangre, ya que es la más frecuente.

### Proporcionar cuidado inmediato del sitio expuesto

- Limpieza de las heridas con agua y jabón.
- Limpieza con agua abundante de las membranas mucosas.
- En conjuntiva, lavado abundante con suero fisiológico.

### Determinar el riesgo asociado con la exposición.

- Tipo de contacto.
- Tipo de fluido.

### Evaluación de la fuente de exposición

- Valoración del riesgo de infección usando la información disponible.
- Realización de test en las *fuentes conocidas*, para HBsAg, anti-HCV, y anticuerpos de VIH (considerar el uso de test rápidos).
- Para las fuentes desconocidas, evalúe el riesgo de exposición a HBV, HCV, o infección de VIH.
- No test para contaminación de virus en agujas o jeringas desechadas.

### Evaluación de la persona expuesta.

- Valoración del estado inmune para la infección de HBV (vacunación y respuesta para la hepatitis B).
- Valoración estado vacuna antitetánica.

## Profilaxis postexposición (PPE) para exposiciones que tengan riesgo de transmisión de infección por VIH (Tablas 1y 2):

– Inicie PPE lo más pronto posible, preferentemente en el plazo de horas tras la exposición.

**TABLA 1. Recomendaciones profilaxis postexposición VIH en lesiones percutáneas**

Tipo exposición	Estado de infección de la "fuente"				
	VIH positivo Clase 1 <sup>1</sup>	VIH positivo Clase 2 <sup>1</sup>	"Status" VIH de la persona fuente desconocido <sup>2</sup>	Origen desconocido <sup>3</sup>	VIH negativo
Menos grave <sup>4</sup>	Recomendar régimen básico	Recomendar régimen ampliado	Normalmente no garantizada PPE; considerar régimen básico <sup>6</sup> para fuentes con factores de riesgo para VIH <sup>7</sup>	Normalmente no garantizada PPE; considerar régimen básico <sup>6</sup> en aquellos sitios donde la exposición con personas VIH es probable	No garantizada PPE
Más grave <sup>5</sup>	Recomendar régimen ampliado	Recomendar régimen ampliado	Normalmente no garantizada PPE; considerar régimen básico <sup>6</sup> para fuentes con factores de riesgo para VIH <sup>7</sup>	Normalmente no garantizada PPE; considerar régimen básico <sup>6</sup> en aquellos sitios donde la exposición con personas VIH es probable	No garantizada PPE

<sup>1</sup>: *VIH positivo. Clase 1*: Infección por el VIH asintomática o se conoce una baja carga viral (p.ej <1500 RNA copias/ml). *Clase 2*: Infección por VIH sintomática. SIDA, seroconversión aguda o se conoce un alto índice de replicación viral. Si preocupa la resistencia a determinados fármacos debe obtenerse una consulta con expertos, pero esto no retrasará el inicio de la terapia, los recursos deberían estar disponibles para dar una evaluación inmediata y proporcionar un seguimiento de todas las exposiciones.  
<sup>2</sup>: *"Status" VIH de la persona fuente desconocido*: Ej: La persona fuente ha fallecido y no hay muestras disponibles para la realización de los test serológicos del VIH.  
<sup>3</sup>: *Origen desconocido*: Ej. Aguja en un contenedor.  
<sup>4</sup>: *Menos grave*: P. ej: Aguja sólida, rasguño superficial.  
<sup>5</sup>: *Más grave*: P. ej: Aguja hueca, punción profunda, sangre visible en el dispositivo o agujas insertadas en arterias o venas del paciente.  
<sup>6</sup>: Considerar PPE indica que la PPE es opcional y la decisión debe ser individualizada y tomarse entre la persona expuesta y el clínico.  
<sup>7</sup>: Si se opta por tomar PPE y finalmente la "fuente" es negativa, debe interrumpirse la PPE.

- Oferte el test de embarazo a todas las mujeres en edad de maternidad y que no sepan si pueden estar embarazadas.
- Consulte con un especialista si sospecha resistencia viral.
- Administre PPE durante 4 semanas si es bien tolerada.

- ZDV: 600 mg/día, dividido en 2 o tres dosis.
- 3TC: 150 mg dos veces al día.

**Regímenes de profilaxis postexposición al VIH**

*Régimen Básico*

• Zidovudina (Retrovir®; ZDV; AZT) + Lamivudina (Epi-vir®; 3TC). Disponible como Combivir®.

*Alternativas al Régimen Básico*

- Lamivudina (3TC) + Stavudina (Zerit®; el d4T)
  - 3TC: 150 mg dos veces al día y
  - d4T: 40 mg (si el peso < 60 kg 30 mg) dos veces al día.
- Didanosina (Vídex®; ddI) + Stavudina (d4T)
  - ddI: 400 mg (si peso < 60 Kg, 125 mg dos veces al día) al día, con estómago vacío.
  - d4T: 40 mg (si peso < 60 Kg, 30 mg dos veces al día) dos veces al día.

**TABLA 2. Recomendaciones profilaxis VIH tras exposición a mucosas y piel no intacta<sup>0</sup>**

Tipo exposición	Estado de infección de la "fuente"				
	VIH positivo Clase 1 <sup>3</sup>	VIH positivo Clase 2 <sup>3</sup>	"Status" VIH de la persona fuente desconocido <sup>4</sup>	Origen desconocido <sup>5</sup>	VIH negativo
Pequeño volumen <sup>1</sup>	Considerar régimen básico <sup>6</sup>	Recomendar régimen básico	Normalmente no garantizada PPE; considerar régimen básico <sup>6</sup> para fuentes con factores de riesgo para VIH <sup>7</sup>	Normalmente no garantizada PPE; considerar régimen básico <sup>6</sup> en aquellos sitios donde la exposición con personas VIH es probable.	No garantizada PPE
Gran volumen <sup>2</sup>	Recomendar régimen básico	Recomendar régimen ampliado	Normalmente no garantizada PPE; considerar régimen básico <sup>6</sup> para fuentes con factores de riesgo para VIH <sup>7</sup>	Normalmente no garantizada PPE; considerar régimen básico <sup>6</sup> en aquellos sitios donde la exposición con personas VIH es probable.	No garantizada PPE.

<sup>0</sup>: Para exposiciones a la piel, deben seguirse las indicaciones sólo si hay evidencia de que la piel esté comprometida (dermatitis, abrasiones o herida abierta).

<sup>1</sup>: Pequeño volumen: Por ejemplo, unas pocas gotas, corta duración.

<sup>2</sup>: Gran volumen: Por ejemplo, varias gotas, gran cantidad de sangre salpicada.

<sup>3</sup>: *VIH positivo. Clase 1*: Infección por el VIH asintomática o se conoce una baja carga viral (p.ej < 1500 RNA copias/ml). *Clase 2*: Infección por VIH sintomática. SIDA, seroconversión aguda o se conoce un alto índice de replicación viral. Si preocupa la resistencia a determinados fármacos debe obtenerse una consulta con expertos, pero esto no retrasará el inicio de la terapia, los recursos deberían estar disponibles para dar una evaluación inmediata y proporcionar un seguimiento de todas las exposiciones.

<sup>4</sup>: "Status" VIH de la persona fuente desconocido: Ej: La persona fuente ha fallecido y no hay muestras disponibles para la realización de los test serológicos VIH.

<sup>5</sup>: *Origen desconocido*: Salpicadura de sangre inapropiadamente dispuesta.

<sup>6</sup>: Considerar PPE indica que la PPE es opcional y la decisión debe ser individualizada y tomarse entre la persona expuesta y el clínico.

<sup>7</sup>: Si se opta por tomar PPE y finalmente la "fuente" es negativa, debe interrumpirse la PPE.

### Régimen Extendido

Se añade al régimen básico uno de los siguientes:

- Indinavir (Crixivan®; IDV)
  - 800 mg cada 8 horas, con el estómago vacío.
- Nelfinavir (Viracept®; NFV)
  - 750 mg tres veces al día, con las comidas, o
  - 1.250 mg dos veces al día con comidas o tomando algo.
- Efavirenz (Sustiva®; EFV)
  - 600 mg diariamente, al acostarse.
- Abacavir (Ziagen®; ABC); disponible como Trizivir®, una combinación de ZDV, 3TC, y ABC.
  - 300 mg dos veces diariamente.

Si por cualquier circunstancia hubiera que emplear otros fármacos, sería recomendable la consulta con un especialista.

### Profilaxis postexposición (PPE) para exposiciones que tengan riesgo de transmisión de infección por VIRUS HEPATITIS B (VHB)

- Valoración del estado de HBsAg de la fuente y en la persona expuesta, la vacunación y el estado de respuesta a la vacuna.
- Cualquier exposición a sangre o fluido corporal en una persona no vacunada supone iniciar la vacuna de la hepatitis B.
- Debe revisarse el estado de vacunación de la hepatitis B y el estado de la respuesta a la vacuna (si se conoce) (Tabla 3).
- Cuando se indica *HBIG (Inmunoglobulina anti HBV)* se debe administrar lo más pronto posible tras la exposición (preferentemente en las primeras 24 horas). Se desconoce la efica-

TABLA 3. Recomendaciones de la PPE al virus de la hepatitis B

"Status" de vacunación y respuesta de anticuerpos en trabajadores expuestos <sup>1</sup>	Tratamiento		
	Fuente HbsAg <sup>2</sup> positivo	Fuente HbsAg <sup>2</sup> negativo	Fuente desconocida o no disponible por test
No vacunados	HBIG3 e iniciar la vacunación <sup>4</sup>	Iniciar la vacunación	Iniciar la vacunación
Vacunados previamente			
Respondedor conocido <sup>5</sup>	No tratar	No tratar	No tratar
No respondedor conocido <sup>6</sup>	HBJG e iniciar la revacunación o HBIG <sup>7</sup> *2	No tratar	Si fuente de alto riesgo tratar como si HbsAg positivo
Respuesta a Ac desconocida	Test de antiHBs en expuesto <sup>8</sup> : 1. Si adecuado <sup>5</sup> , No tratar 2. No adecuado <sup>6</sup> : HBIG y repetir vacuna	No tratar	Test de antiHBs en expuesto: 1. Si adecuado <sup>5</sup> : No tratar 2. No adecuado <sup>6</sup> : vacuna y repetir títulos en 1-2 m

<sup>1</sup> Las personas infectadas previamente por HBV son inmunes a la reinfección y no necesitan profilaxis.  
<sup>2</sup> Antígeno de superficie de la hepatitis B.  
<sup>3</sup> Inmunoglobulina de hepatitis B; la dosis es 0,06 ml/Kg intramuscular.  
<sup>4</sup> Vacuna de hepatitis B  
<sup>5</sup> Un respondedor es una persona con niveles séricos de anticuerpos anti HbsAg adecuados (anti-HBs  $\geq$  10 mIU/mL).  
<sup>6</sup> Un no respondedor es una persona con respuesta inadecuada a la vacunación (Niveles de anti-HBs  $<$  10 mIU/mL).  
<sup>7</sup> Se prefiere la opción de una dosis de inmunoglobulina y reiniciar la serie de vacunación en los no respondedores que no han completado la segunda serie de 3 dosis de vacuna. Para las personas que han completado la segunda serie de vacuna pero han fallado en la respuesta es preferible dos dosis de HBIG, con un intervalo de 1 mes.  
<sup>8</sup> Anticuerpos para HbsAg

cia cuando se administra HBIG después de los 7 días. Cuando está indicada la *vacuna de la hepatitis B* debe administrarse lo más pronto posible (preferentemente antes de las 24 horas) y puede hacerse simultáneamente con HBIG en un lugar distinto (la vacuna debería ponerse en el deltoides).

• Para las personas que están en proceso de vacunación pero que no lo han completado debe hacerse tal como está programado y añadir HBIG si estuviera indicada (Tabla 3).

### Profilaxis postexposición (PPE) para exposiciones que tengan riesgo de transmisión de infección por VIRUS HEPATITIS C (VHC)

Las instituciones deben establecer políticas y procedimientos para testar al personal sanitario sobre el VHC después de exposiciones de riesgo.

No están recomendados la IG ni los antivirales en la PEP

tras la exposición a sangre seropositiva a VHC. Además, no existen guías para la administración de tratamiento durante la fase aguda de la infección por VHC.

### MANEJO ANTE UNA EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL

Las guías consultadas para este apartado han sido:

• *CDC: CDC. Management of Possible Sexual, Injecting-Drug-Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV, Including Considerations Related to Antiretroviral Therapy. MMWR September 25, 1998 / Vol. 47 / No. RR-17. <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR4717.pdf>*

• *Guía Canadiense: British Columbia Center for Excellence in HIV/AIDS. The therapeutic Guidelines for the Treatment of HIV/AIDS and Related Conditions, Oct 2000.*



### Section 7: Management of Accidental Exposure to HIV.

<http://cfeweb.hivnet.ubc.ca/guide/open.html>

<http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/search/english/results.asp>

• **GESIDA: Guía de actuación para la profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH** [http://www.msc.es/sida/asis-tencia/guia\\_actuacion\\_profilaxis.pdf](http://www.msc.es/sida/asis-tencia/guia_actuacion_profilaxis.pdf)

La guía publicada por el CDC no recomienda una pauta concreta y plantea el tratamiento tras una valoración riesgo/beneficio y a criterio del médico responsable; las guías canadiense y la publicada por el GESIDA indican unas recomendaciones más concretas, aunque con pequeñas diferencias en cuanto a la clasificación y las pautas de tratamiento.

A continuación se exponen las recomendaciones canadienses:

Se define *exposición sexual de riesgo para infección por VIH* como la relación sexual con penetración (vaginal, anal u oral) que incluya el contacto con fluidos corporales potencialmente infectados de la pareja sexual, incluidas sustancias que han sido implicadas en la transmisión de la infección por el VIH (sangre, semen, secreciones vaginales u otros fluidos corporales que contengan sangre visible).

Una *exposición no sexual no ocupacional de riesgo para infección por VIH* se refiere a la penetración percutánea (punción con una aguja, corte con objeto afilado, *piercing*,...); contacto con mucosas, o contacto con la piel cuando ésta presenta grietas, abrasiones o dermatitis; también cuando el contacto es prolongado; o cuando el área de contacto es extensa con las sustancias implicadas en la transmisión del VIH.

#### Riesgo de transmisión no ocupacional del VIH

##### Exposición sexual

- Penetración anal: 0,1%-0,3%
- Penetración vaginal: 0,1%-0,2%
- Sexo oral: La probabilidad de riesgo de transmisión no ha sido cuantificada

##### Exposición no sexual

- Exposición intravenosa: 0,67%
- Exposición percutánea: 0,4% (IC 95%: 0,8% de límite superior)

### Eficacia de los antirretrovirales en la profilaxis postexposición (PPE) no ocupacional

A diferencia de lo expuesto en el apartado anterior en cuanto a la exposición ocupacional, los resultados no podrían ser extrapolables a las exposiciones accidentales fuera del ámbito sanitario, ya que las circunstancias que suceden en el pri-

mero (conocimiento de la fuente, accesibilidad al tratamiento antirretroviral en un período de tiempo breve...) son poco probables que ocurran en la exposición no ocupacional.

#### Proporcionar cuidado inmediato del sitio expuesto.

- No hay diferencias con respecto a la exposición ocupacional

#### Determinar el riesgo asociado con la exposición.

- Riesgo muy alto, moderado, insignificante
- Valoración del riesgo de transmisión de otras infecciones y situaciones.
- Infección por los virus de la hepatitis B o C (VHB, VHC)
- Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)
- Valoración del riesgo de embarazo

#### Evaluación de la persona expuesta.

- Valoración del estado inmune para la infección de HBV (vacunación y respuesta para la hepatitis B).
- Valoración del estado de la vacuna antitetánica.

### Pautas recomendadas en la profilaxis post-exposición al VIH

• La decisión de dar tratamiento antirretroviral como profilaxis post-exposición deberá ser tomada por el médico y el paciente de forma individualizada y conjunta.

• El inicio de la profilaxis se debe iniciar lo antes posible, idealmente dentro de las 2-6 primeras horas. El período de tiempo tras la exposición, dentro del cual se aconseja dar el tratamiento, es de 48 a 72 horas. Aunque sin evidencias claras, se considera que la efectividad de este tipo de profilaxis decae rápidamente tras la exposición. A las personas que acudan pasado este período de 48-72 horas, se les realizará igualmente el seguimiento.

• En el caso de aquellas personas que tengan exposiciones repetidas, se les desaconsejará la profilaxis post-exposición, informándoseles de los riesgos y de las medidas de prevención que deben adoptar para disminuirlos.

• No obstante, toda persona atendida con ocasión de una exposición al VIH ha de recibir una adecuada información sobre prácticas de riesgo y de las medidas de prevención.

• La atención urgente y el seguimiento de las personas expuestas deberían ser llevados a cabo en aquellos centros que dispongan de personal preparado, medios de laboratorio adecuados y que puedan dispensar tratamiento antirretroviral. En caso de que la persona expuesta fuera atendida en un centro que no cumpla estas características, éste debe tener establecida la pauta de actuación o derivación urgente en colaboración con su hospital de referencia.

• *Duración del tratamiento:* Siempre que se recomiende o se considere iniciar una pauta de PPE se habrán de administrar las dosis diarias adecuadas durante cuatro semanas.

**Riesgo muy alto de transmisión: Fluido corporal infeccioso y una fuente positiva del fuente del VIH o alto del riesgo**

TIPOS DE EXPOSICIÓN	RECOMENDACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier exposición percutánea a los fluidos corporales infecciosos</li> </ul>	Recomendación potente: <b>40 mg. de Stavudine (d4T)</b> +
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membrana mucosa grande o exposición a piel no-intacta (es decir, más que algunas gotas de sangre y/o de la duración de la exposición de varios minutos o más).</li> </ul>	<b>150 mg. de Lamivudine (3TC)</b> + <b>Nelfinavir 750 mg.</b>

NOTA 1: Si se sabe que el paciente de la fuente está en tratamiento antirretroviral, se deberá contactar con la farmacia del centro cuanto antes para adaptar un régimen profiláctico dependiendo de la posibilidad de resistencias a fármacos en la fuente. Comience el tratamiento inmediatamente mientras toma estas medidas.

NOTA 2: Si la persona expuesta está embarazada, debe ser explicada a la persona expuesta que a excepción de Zidovudine, los efectos nocivos potenciales de la terapia antirretroviral en embarazo no están establecidos. Zidovudine parece ser tolerado bien en los dos últimos trimestres. El embarazo temprano cambia la tendencia de la razón beneficio/riesgo pero la profilaxis se debe considerar seriamente en exposiciones de un riesgo muy alto.

**Riesgo moderado de la transmisión: La fuente es VIH positivo o riesgo alto pero por la lesión es poco probable producir la transmisión. Fluido corporal infeccioso**

TIPOS DE EXPOSICIÓN	RECOMENDACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membrana mucosa de menor importancia o exposición de piel no-intacta (es decir, menos de tres gotas para una duración de un minuto o dos).</li> </ul>	Recomiende: <b>40 mg. de Stavudine (d4T)</b> +
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las mordeduras donde hay sangre en la boca del mordedor y un resto de sangre en la piel de la persona mordida</li> </ul>	<b>150 mg. de Lamivudine (3TC)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el caso de una salpicadura más grande, determine la integridad de la piel.</li> </ul>	

NOTA 1: Se recomienda que dos drogas estén utilizadas en esta pauta, ya que la adición de un tercer fármaco antirretroviral aumenta enormemente la morbilidad del régimen de la medicación. El riesgo de las reacciones adversas del fármaco con un régimen de tres drogas puede exceder al riesgo de seroconversión en la exposición del riesgo moderado.

Aparentemente no está justificado agregar una tercera droga en las exposiciones del riesgo moderado, basándonos en consideraciones de riesgo/beneficio.

NOTA 2: Debido a las complejidades de este régimen de la profilaxis y riesgo de la reacción adversa de la droga, se debe recurrir a un experto que haga una estimación exacta antes de dispensar los 23 días restantes de la droga. Esta estimación puede producir una recomendación distinta que la que usted ha recibido del cuarto de la emergencia o de su médico de familia.

**Pautas recomendadas en otras infecciones**

- *Infección VHB*: Igual que en la ocupacional
- *Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)*:
  - Establecer diagnóstico de otras ETS, salvo en casos de urgencia o difícil seguimiento en que se prescribiría profilaxis antibiótica para las ETS en una dosis única: Ceftriaxona 125 mg (im), Metronidazol 2 g (vo) y Azitromicina 1 g (vo).

- Consulta con Ginecología en caso necesario.

**SEGUIMIENTO DEL PACIENTE**

**Momento inicial**

- *Medidas generales*: Deberán valorarse siempre los si-



**Riesgo Insignificante de la Transmisión: Fuente conocida o que se presume que será negativa para el VIH, o no se conoce lesión como para transmitir el fluido corporal del VIH o la sangre con el VIH**

TIPOS DE EXPOSICIÓN	RECOMENDACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percutánea, membrana mucosa o exposición de la piel a fluido corporal no infeccioso sea VIH positivo o negativo la fuente.</li> <li>• Exposición de piel intacta a una cantidad pequeña de sangre (menos de tres gotas) o de líquido contaminado visiblemente con sangre de corta duración, es decir, menos de tres minutos.</li> <li>• a) Con excepción de mordeduras: éstas con las características conocidas en la categoría del riesgo moderado.</li> <li>• b) Un rasguño superficial que no hace herida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No están recomendados los antirretrovirales</li> <li>• Se debe ofrecer consejo acerca de los riesgos dañinos de la infección por VIH y revisar prevención de riesgos (prevenir recurrencias de incidentes de exposición)</li> <li>• El tratamiento de un nivel alto de ansiedad es larvado con consejo y educación sanitaria. NO ES terapia antirretroviral</li> </ul>

\* En caso de una salpicadura grande de sangre asegurarse de la integridad de la piel. Si es necesario pasar al nivel de riesgo moderado.

güentes puntos, aunque el conocimiento de los resultados no ha de retrasar el comienzo de la profilaxis:

- Habrá que realizar un hemograma y una analítica basal, incluyendo perfil hepático.
- Test del embarazo, siempre que se considere utilizar un antirretroviral
- Informar sobre prácticas de riesgo y sus medidas de prevención en futuras ocasiones, como, por ejemplo, recomendar métodos barrera mientras dure el seguimiento, y cualquier ocasión de riesgo posterior (prevención de transmisión secundaria)
- Recoger la información disponible de la persona fuente, sobre todo en cuanto a posibles co-infecciones y antecedentes farmacológicos (toxicidad, tolerancia, adherencia, resistencias y motivos de modificación del tratamiento).
- Valoración de vacuna contra el VHB y gammaglobulina anti-VHB.
- Remitir a la unidad de seguimiento hospitalaria (Hospital de día para el VIH, Medicina Preventiva,...) para su posterior control.
  - En *exposición por vía parenteral* añadir además:
    - Administrar vacuna antitetánica, siempre que no esté vacunado.
    - En *exposición por vía sexual* añadir además:
      - Cultivo para gonococo y analítica para clamidia y sífilis.
      - Seguimiento de otros protocolos específicos, por ejemplo en caso de agresión sexual.

## Seguimiento

- Avise a las personas expuestas que consulten por cualquier enfermedad aguda durante el seguimiento.
  - *Exposición HBV.*
    - Realice seguimiento de anti-HBs en las personas que reciben la vacuna:
      - Anti-HBs: 1-2 meses después de la última dosis de vacuna.
      - La respuesta de Anti-HBs a la vacuna no puede determinarse si se ha recibido HBIG en los 3-4 meses anteriores.
    - *Exposición HCV.*
      - Test de seguimiento anti-HCV y alanina amino-transferasa (ALT) 4-6 meses después de la exposición.
        - Realice HCV RNA 4-6 semanas si quiere un diagnóstico más temprano de VHC.
      - *Exposición VIH.*
        - Realice detección de anticuerpos frente al VIH por lo menos 6 meses postexposición (Ej: 6 semanas, 3 meses, 6 meses y hasta 1 año postexposición si ha sido aplicada la terapia antirretroviral).
 

*NOTA: La seroconversión después de 12 semanas es infrecuente, y tras 24 semanas, extremadamente infrecuente. Sin embargo, la profilaxis antirretroviral puede retrasar la seroconversión. Para asegurar los objetivos recomendaríamos que la prueba tardía esté hecha.*

          - Realice detección de anticuerpos frente al VIH si la clínica es compatible con un síndrome antirretroviral agudo.



- Evalúe a las personas expuestas que están tomando PPE al menos dentro de las 72 horas de la exposición y supervise toxicidad de fármacos durante por lo menos 2 semanas.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

Antes de prescribir la profilaxis postexposición es necesario el proveer consejo y obtener el consentimiento informado. La razón es debida a que el tratamiento es una terapia experimental con una eficacia no comprobada para la exposición no ocupacional.

En ella debería quedar reflejado que el paciente ha comprendido:

- La necesidad de iniciar o modificar las conductas de reducción de riesgos;
- Los conocimientos limitados sobre la efectividad del tratamiento para este tipo de exposiciones;
- El conocimiento de los efectos secundarios de los fármacos prescritos;
- Un teléfono y un servicio de contacto ante dudas o problemas durante el tratamiento;
- Un plan de seguimiento de los controles analíticos;
- Los signos y síntomas que aparecen en un síndrome de seroconversión aguda por el VIH;
- La necesidad de adherencia del paciente al tratamiento para conseguir una mayor eficacia y reducir el riesgo de infección, así como de resistencias a los fármacos.