



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

DOCUMENTO DE CONSENSO

PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN (PPE) - NO OCUPACIONAL

INTRODUCCIÓN

Las consultas por exposición no ocupacional al VIH han ido creciendo en los últimos años. El riesgo estimado de contraer infección por VIH luego de un episodio receptivo vaginal es entre 0,1% (1 de cada 1.000) y menos del 1% (1 en 100) y, a partir de un solo episodio de sexo receptivo anal, es entre 1% - 5% (1 a 5 de cada 100). En tanto que el riesgo de transmisión por episodio de exposición a agujas o jeringas endovenosas es 0.67%, por episodio de exposición percutánea el riesgo es del 0.3%. Este documento pretende ser una herramienta de consulta orientada al manejo de la exposición No laboral, la cual sin duda será terreno del especialista. la prevención sigue siendo el método más efectivo para evitar el contagio

EXPOSICIÓN

Si bien en esta sección se incluyen las exposiciones al virus del VIH a través de contacto sexual (parejas discordantes) y abuso sexual, no se debe olvidar la exposición a drogas inyectables cuya consulta no es tan frecuente en la actualidad. Es importante recalcar que la exposición sexual supone un riesgo asociado de contagio de ITS y en el caso de las mujeres de embarazo. En tanto en usuarios de drogas intravenosas (UDIV) el hecho de compartir equipos puede exponer a transmisión de VHB y VHC.

El riesgo de transmisión luego de una única exposición sexual sin preservativo con una fuente VIH positiva varía según el tipo de exposición:

Tipo de relación sexual	Porcentaje	Conducta
Relación anal receptiva	0.8 – 3%	Recomendar PPE
Relación anal insertiva	0.05 – 0.8%	Recomendar PPE
Relación vaginal insertiva	0.05 – 0.8%	Recomendar PPE
Relación vaginal receptiva	0.05 – 0.8%	Recomendar PPE
Relación oral con eyaculación	0.01 – 0.05%	Considerar PPE

Existen factores que pueden aumentar el riesgo de transmisión como una carga viral elevada del paciente fuente, la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), la presencia de enfermedad mucosa o úlceras bucales luego de una relación de sexo oral con eyaculación.

Para indicar **PPE** se deberá tener en cuenta:

- Estado serológico de la fuente o las probables conductas de riesgo de la misma.
- Tipo de exposición.
- Tiempo transcurrido des la exposición hasta el momento de la consulta.



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

Si la fuente es **HIV desconocida** y el accidente es de bajo riesgo se recomienda recibir un régimen básico: 2 NRTI (AZT+ 3TC).

Si la fuente es **HIV conocida**, la exposición es de alto riesgo y el paciente tiene una enfermedad avanzada o alta carga viral o un test que muestre resistencia a dos clases distintas de drogas se recomienda recibir tres drogas (AZT+ 3TC + IP o NNRTI).

Con respecto a la elección de las drogas, dosis e intervalos de administración se tendrán en cuenta los datos comentados en la profilaxis postexposición laboral.

-Muy Importante: debido a que la efectividad de la PPE disminuye a medida que transcurre el tiempo se sugiere iniciar la misma tan pronto como se conozca el caso y no se recomienda iniciarla transcurridas las 72 hs desde la potencial exposición. Fuera de este tiempo sólo se analizará cada caso en particular.

SEGUIMIENTO

-Serología VIH: basal, 12 semanas y 24 semanas.

-Serologías VHB y VHC: basal.

-Laboratorio: hemograma y hepatograma basal, 2 y 4 semanas para evaluar toxicidad a la medicación ARV.

-Valoración clínica de PPE a las 2 y 4 semanas.

-Profilaxis para ITS: ceftriaxona 125 mg IM (única dosis) + metronidazol 2 gr. VO (única dosis) + azitromicina 1gr. (única dosis).

-Test de embarazo en caso de dudas.

-Si la mujer expuesta se encuentra embarazada se le informará los datos conocidos disponibles sobre seguridad fetal y uso de ARV de acuerdo a la edad gestacional.

-Psicopatología.

-Consejería: sobre conductas de riesgo y síntomas de primoinfección.

Es importante que la **persona expuesta** conozca además:

-La importancia del cumplimiento de la indicación médica por 28 días y la información vinculada a efectos adversos de la medicación.

-Los posibles signos y síntomas de la seroconversión.

-Recomendaciones sobre los cuidados a tener durante el periodo de seguimiento (uso de métodos anticonceptivos).

No se recomienda PPE cuando:

-La persona expuesta es VIH (+) de una exposición previa.

-Existe exposición crónica al VIH. (**Ver situaciones especiales**)

-En la exposición **No existen** factores de riesgo de transmisión conocidos.

-La fuente es VIH (-) (*)

-Si la exposición ocurrió mas allá de las 72 hs de realizada la consulta.

-Si una mujer es seronegativa y se embaraza de una pareja con VIH.

(*)Nota: excepto que dicha fuente tenga factores de riesgo que justifiquen una infección reciente en período de ventana.



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

SITUACIONES ESPECIALES

La PPE no está recomendada en casos de exposición crónica al VIH. Sin embargo una exposición única de alto riesgo o episódica puede ocurrir dentro del marco de exposición crónica y en tal caso se deberá valorar la situación y ofrecer PPE.

Dado que distinguir entre exposición crónica y episódica puede ser difícil es conveniente derivar a Inmunocomprometidos cada caso en particular a fin de tomar las medidas pertinentes.

En víctimas de abuso sexual se recomienda PPE cuando:

- Transcurrieron menos de 72 horas desde la exposición y:
- La persona expuesta no se sabe infectado por VIH;
- La persona que es la fuente de exposición es VIH (+) o desconoce su estado de VIH;
- Existe un riesgo definido en la exposición, tales como: relaciones sexuales receptivas anales o vaginales sin condón o con un condón que se rompió o salió;
- Hubo contacto entre la sangre del agresor o la eyaculación y la membrana mucosa o piel no intacta durante el asalto;
- Hubo sexo oral receptivo con eyaculación;
- La persona que fue asaltada sexualmente fue drogada o estuvo inconsciente en el momento del supuesto asalto y no se desconoce la naturaleza de la exposición potencial;
- La persona fue violada por varias personas.

Además recordar:

-Profilaxis para ITS: ceftriaxona 125 mg IM (única dosis) + metronidazol 2 gr. VO (única dosis) + azitromicina 1gr. (única dosis).

-Test de embarazo y contracepción de emergencia.

-Si la mujer expuesta se encuentra embarazada se le informará los datos conocidos disponibles sobre seguridad fetal y uso de ARV de acuerdo a la edad gestacional.

-Psicopatología.

-Laboratorio: hemograma y hepatograma basal, 2 y 4 semanas para evaluar toxicidad a la medicación ARV.

-Valoración clínica de PPE a las 2 y 4 semanas.

-Serología VIH: basal, 12 semanas y 24 semanas.



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

BIBLIOGRAFÍA

1. SADI. Recomendaciones para el seguimiento y tratamiento de la Infección por HIV. 2008: 179-192.
2. WHO. Post exposure prophylaxis to prevent HIV infection. Guidelines 2007.
3. MMWR. Antiretroviral Post exposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other No occupational Exposure to HIV in the United States
4. Guía de Actuación para la Profilaxis Post-Exposición no ocupacional al HIV. Gesida/Ceescat Plan Nacional sobre el Sida. España. 2004.
5. Rolland Michelle. Post exposure prophylaxis after sexual exposure to HIV. Current Opinion in Infectious Diseases, 2007; volume 20 (1): 39-46.
6. Sanford Guide to antimicrobial therapy. 2008; page 167.
7. UK Guidelines for the use of post exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. International Journal of STD and AIDS 2006; 17: 81-92.



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

APÉNDICE

-Registros: en todos los casos de exposición no laboral reportados sería conveniente registrar información respecto a:

- 1) Detalles de la exposición (zona expuesta; tipo y cantidad del fluido contaminante involucrado)
- 2) Status serológico de la fuente (si se pudiera)
- 3) Si la fuente fuera conocida VIH (+), datos de carga viral VIH, tratamiento ARV y eventuales estudios de resistencia.
- 4) Status del expuesto con respecto a vacunación anti VHB y títulos de AchBs. Vacunación antitetánica reciente (para UDIV)
- 5) Situación con respecto a embarazo y lactancia.
- 6) Antecedentes de patologías previas que pudieran agravarse por el uso de antirretrovirales (litiasis renal, anemia, etc.)



HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS J.M. RAMOS MEJÍA COMITÉ DE SIDA

Autores:

Bruguera José María; Losso Marcelo Horacio en representación del Comité de SIDA y miembros del equipo de consenso.

Comité de SIDA:

Dr. Javier Toibaro, Dra. Viviana Ybarra, Enf. Juan Ebenrstejin, Dr. Alejandro Hakim, Dra. Irene Foradori, Lic. Liliana León, Farm. María Inés Morales.

Equipo de Consenso:

Dr. Mario Oxilia, Dr. Guillermo Vilorio, Dra. Silvina Ivalo, Dra. Graciela Daleoso.