

## PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN AL VIH Y VHB NO OCUPACIONAL

Autores: Dra. Mercedes García, Dra. Sandra Guiu

La profilaxis post-exposición (PPE) al VIH consiste en un tratamiento con fármacos antirretrovirales (TARV) tras una posible exposición al VIH que puede ser:

- Ocupacional: por una exposición accidental en el ámbito sanitario del personal sanitario.
- No ocupacional: por contacto con sangre o fluidos potencialmente infecciosos fuera del ámbito laboral, como la exposición sexual sin protección o con fallo de la misma, la exposición parenteral en usuarios de drogas intravenosas con material contaminado, la exposición mucosa, los pinchazos percutáneos accidentales o las mordeduras.

La PPE se debe administrar tras la decisión conjunta entre el médico y el paciente, valorando los riesgos y beneficios, y tras una exposición de riesgo esporádica y excepcional. Su inicio debe hacerse rápidamente, siempre antes de las 72 horas tras la exposición, preferiblemente durante las primeras 6 horas (4 en el ámbito ocupacional). La pauta de tratamiento tiene una duración de 28 días y no garantiza que la infección no se produzca (la eficiencia se postula en torno al 85%).

### Consideraciones previas

- La seronegatividad actual del paciente al VIH.
- Intentar conocer la situación serológica del paciente fuente a través de la historia clínica o con su médico responsable.
- La correcta adherencia al tratamiento durante un total de cuatro semanas
- La posibilidad de seguimiento por una enfermera o médico dedicado a las enfermedades infecciosas durante el periodo de tratamiento.
- Descartar las contraindicaciones o las interacciones de tratamiento habitual del paciente con TARV .

### Procedimiento para el inicio de la PPE al VIH

- Realizar una serología urgente a VIH al paciente (prueba combinada para la detección de anticuerpos antiVIH y Ag p24) para descartar la presencia de una infección no diagnosticada por VIH antes del inicio del tratamiento.
- Analítica completa y serologías para determinar: VIH (anti-VIH 1-2+Agp24), VHB (HBsAg, antiHBc, anti-HBs), VHC (Anti-VHC) y Lúes (Anti-T. pallidum, prueba treponémica) cuyo resultado se revisará en la visita inicial de seguimiento en consultas.
- Se debe valorar el riesgo de embarazo y realizar el test de gestación si procede.
- Decidir el inicio de la TARV según el algoritmo de decisión de inicio de la PPE al VIH según el riesgo referido por el paciente.

## Algoritmo de decisión de inicio de la PPE al VIH vía sexual

Seroestatus a VIH del paciente fuente	
Paciente fuente VIH positivo con carga viral detectable o desconocida	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se aconseja PPEVIH en todos los casos que incluyan prácticas sexuales con penetración y/o sexo orogenital con eyaculación</li><li>• No se aconseja PPEVIH en las de riesgo mínimo (sexo orogenital sin eyaculación o sexo orogenital femenino)</li></ul>
Paciente fuente VIH negativo o VIH positivo con carga viral indetectable	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se desaconseja PPE</li><li>• Aconsejamos la realización de serología/prueba rápida al paciente fuente para asegurar seronegatividad si existieran factores de riesgo (ej: ADVP o múltiples parejas sexuales o pertenencia a entorno susceptible de contacto con VIH)</li></ul>
Paciente fuente con serología a VIH desconocida	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se aconseja la realización de prueba rápida a VIH al paciente fuente si fuera accesible.<ol style="list-style-type: none"><li>1. Si fuera (-): no indicada la PPEVIH</li><li>2. Si fuera (+): se desaconseja PPEVIH en todos los casos que incluyan prácticas sexuales con penetración y/o sexo orogenital con eyaculación. Tener en cuenta que la carga viral estará elevada puesto que se trataría de un paciente no diagnosticado ni tratado y por tanto existiría un mayor riesgo de transmisibilidad.</li></ol></li><li>• Si el paciente fuente NO fuera accesible:<ol style="list-style-type: none"><li>1. No indicada la PPE en prácticas sexuales con riesgo despreciable (masturbación, contacto de secreciones con piel integral)</li><li>2. Indicada PPE a VIH en los casos de agresión sexual con penetración y en todos los casos de penetración anal.</li><li>3. Valorar de forma individualizada en casos de penetración/recepción vaginal.</li><li>4. El sexo oral constituye la práctica de menor riesgo de este grupo (0,05%) cuando las mucosas están intactas, por lo que no se aconseja la PPE a VIH de rutina.</li></ol></li></ul>

## Algoritmo de decisión de inicio de la PPE al VIH por pinchazo percutáneo o por exposición de mucosas

Riesgo apreciable (0,8-3%)	Bajo riesgo (0,05-0,8%)	Riesgo mínimo (0,01-0,05%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Compartir jeringuillas o agujas usadas</li> <li>Pinchazo profundo o con abundante sangrado con una jeringuilla de forma inmediata tras haber sido usada por fuente desconocida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso de jeringuilla de origen desconocido</li> <li>Pinchazo superficial tras uso por caso fuente</li> <li>Contacto abundante de sangre del caso fuente con mucosas del caso expuesto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compartir resto de material de inyección</li> <li>Pinchazo accidental con sangrado poco intenso con jeringuilla de procedencia desconocida</li> </ul>

Seroestatus a VIH del paciente fuente	
Paciente fuente VIH positivo con carga viral detectable o desconocida	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se aconseja PPE a VIH</li> </ul>
Paciente fuente VIH negativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se desaconseja PPE</li> <li>Aconsejamos la realización de serología/prueba rápida al paciente fuente para asegurar su seronegatividad a VIH si existieran factores de riesgo (ej: ADPV o múltiples parejas sexuales o pertenencia a entorno susceptible de contacto con VIH)</li> </ul>
Paciente fuente con serología a VIH desconocida	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se aconseja la realización de prueba rápida a VIH al paciente fuente si accesible.               <ol style="list-style-type: none"> <li>Si fuera (+) se aconseja PPE a VIH (tener en cuenta que la carga viral estará elevada puesto que se trataría un paciente no diagnosticado ni tratado y por tanto existiría un mayor riesgo de transmisibilidad).</li> <li>Si el paciente fuente NO fuera accesible: ver tabla 1                   <ul style="list-style-type: none"> <li>No indicada la PPE en riesgo mínimo</li> <li>Se aconseja PPE a VIH en función del riesgo estimado: se aconsejan en todos los casos de riesgo apreciable y se valorará también las de riesgo bajo. Se aconseja PPE a VIH si el paciente contara con factores de riesgo para VIH (ej: ADPV o múltiples parejas sexuales o pertenencia a entorno susceptible de contacto con VIH)</li> </ul> </li> <li>Si fuera (-) no indicada la PPE a VIH.</li> </ol> </li> </ul>

### Pautas recomendadas

Pacientes adultos y adolescentes > de 13 años

Truvada(TDF/FTC) 245 mg/200 mg (1 comp/24h)+Tivicay(Dolutegravir) 50mg (1 comp/24h)

\*Dosis plena de Dolutegravir en adolescentes que pesan más de 40kg, si el peso fuera menor habrá que ajustar según peso.

- En caso de interacciones y gestación: Truvada (TDF/FTC) 1 comp/24h + Isentress (RAL) 1comp/12h
- En caso de afectación renal: Sustituir Truvada(TDF/FTC) por Descovy ® (FTC/TAC) 1comp/24h

## Seguimiento de pacientes en tratamiento con TARV en contexto de PPE a VIH

Semana 1 tras exposición: Primera visita	Semana 6 tras exposición: Extracción de analítica	Semana 8 tras exposición: Segunda visita	Semana 16 tras exposición: Extracción de analítica	Semana 18 tras exposición: Visita final
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar resultado serologías extraídas en urgencias.</li> <li>• Valoración tolerancia y adherencia</li> <li>• Cambio de pauta TARV si se requiriera</li> <li>• Cita para la extracción a las 6 semanas postexposición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma y bioquímica</li> <li>• VIH-1-2+Ag p24</li> <li>• HBsAg, anti-HBc, anti-HBs</li> <li>• Carga viral-VHC (si paciente fuente de alto riesgo)*</li> <li>• Serología lúes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de la carga viral y serologías extraídas a las 6 semanas</li> <li>• Cita para la extracción a las 16 semanas postexposición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma y bioquímica</li> <li>• VIH-1-2+Ag p24</li> <li>• HBsAg, anti-HBc, anti-HBs</li> <li>• Ac anti-VHC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de serologías extraídas a las 16 semanas</li> <li>• Fin del seguimiento</li> </ul>

\*Paciente de alto riesgo VHC: adicto a drogas por vía parenteral, hombre que tiene sexo con hombres, contacto con fuente anti-VHC+ conocida.

### Profilaxis post-exposición al virus de la hepatitis B (VHB)

- Si el paciente está correctamente vacunado, no requiere actitud activa.
- Si el paciente no está vacunado o inmunizado frente a VHB o si lo desconoce:
  - Con paciente fuente desconocido a VHB: valorar el inicio de vacunación contra el VHB (1ª dosis). La segunda dosis se administra al mes de la primera, y la tercera dosis se administrará a los 6 meses.
  - Con paciente fuente HBsAg(+), seguir algoritmo PPE VHB

La gestación no contraindica la administración de la vacuna de VHB ni de la IGVHB.

### Algoritmo de decisión de administración de la PPE al VHB

Serología VHB fuente	Persona expuesta		
	No vacunado	Vacunación incompleta	Vacunación completa
Ag HBs + <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición a sangre o fluidos infecciosos</li> <li>• Asalto/abuso sexual</li> <li>• Exposición sexual</li> </ul>	1 dosis IGHB + Vacunación completa	1 dosis IGHB + Completar vacunación	1 dosis de refuerzo de vacuna
Ag HBs desconocido Y <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición a sangre o fluidos infecciosos</li> <li>• Asalto/abuso sexual</li> </ul>	Vacunación completa	Completar vacunación	No precisa PPE