

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Prevención, Diagnóstico y
Tratamiento de la
Exposición Laboral al VIH
en Trabajadores de la Salud

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-241-12**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE-10: B24X Enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sin otra especificación

GPC

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Exposición Laboral al VIH en Trabajadores de la Salud
ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Herida percutánea. Exposición accidental que puede poner en riesgo al personal de salud para adquirir la infección por VIH (punción con aguja o material punzocortante, o contacto con las mucosas o piel no intacta (piel expuesta que tiene lesiones, ablaciones, flictenas, o dermatitis) con sangre, tejidos u otros líquidos corporales sanguinolentos que son potencialmente infecciosos (sangre, fluidos con sangre macroscópica, semen y secreciones vaginales. Los líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico y amniótico también se consideran potencialmente infecciosos, pero el riesgo de transmisión de estos líquidos no está completamente definido). (Panlilio 2005)

Personal de salud. Todas aquellas personas que reciben o no un salario que trabajan en instalaciones de salud, que los expone a un riesgo potencial de contacto a materiales infectados (sangre, líquidos corporales, equipo médico y superficies contaminadas con estas sustancias). Se incluye, a personal médico del servicio de urgencias, dentistas, personal de laboratorio, químicos, personal que realiza autopsias, enfermeras, asistentes médicas, médicos, técnicos, terapeutas, farmacéuticos, estudiantes, pasantes, y personal que no está directamente involucrado en la atención del paciente pero sí tiene riesgo de exposición a sangre y líquidos corporales (clérigo, nutriólogos, cuidadores, personal de mantenimiento, intendencia y personal voluntario) (Panlilio 2005)

Profilaxis. Prevención de una enfermedad o infección mediante fármacos.

Profilaxis Post-exposición al VIH (PPE-VIH). Administración de tratamiento ARV lo mas temprano posible después de la exposición accidental al VIH para evitar la infección por el VIH, a través de una prescripción en las primeras 72 horas de la exposición con una combinación de 2 o 3 ARV que deberá administrarse durante 4 semanas, si se tolera. (Panlilio 2005)

EPIDEMIOLOGÍA

La exposición ocupacional a sangre o a otros líquidos corporales potencialmente infectados con VIH y otros virus que se transmiten por esta vía es común. La mayoría de estas exposiciones resultan de una falla en el seguimiento de los procedimientos recomendados, incluyendo el manejo y desecho inadecuado de las jeringas y agujas, o la falta de uso de dispositivos de seguridad cuando están indicados (goggles o lentes). Prevenir la exposición es la principal manera de prevenir infecciones laborales en el personal de salud. (Robb 2008)

El riesgo de adquirir la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) después de una exposición

laboral a sangre es bajo. Este riesgo varía con el tipo y gravedad de la exposición. Estudios epidemiológicos indican que el riesgo de transmisión después de una exposición percutánea con sangre infectada con VIH es de 3 por 1000 accidentes (0.3%-IC 95% 0.2-0.5%). las salpicaduras de material contaminado a mucosas (conjuntivas o mucosa oral) o piel lesionada también transmiten la infección por VIH con un riesgo estimado de 0.09% [95% CI, 0.006-0.5]. Después de la exposición mucocutánea el riesgo estimado es menor de 1 en 1000 (0.09%-IC 95% 0.006-0.5%). (Panlilio 2005)

La OMS (organización Mundial de la Salud) estima que cada año 300,000 trabajadores de la salud europeos se exponen por lo menos a una herida percutánea contaminada con virus de hepatitis C; 149,000 a virus de hepatitis B y 22,000 con virus de inmunodeficiencia humana.

Estudios estadísticos del CDC (centro para el control de enfermedades) realizados en 64 hospitales de Estados Unidos de América entre 1995-2007 reportaron un total de 30,945 exposiciones a sangre y líquidos corporales en personal de salud, con tasas anuales que oscilaron entre 0.37-4.3 por 1000 trabajadores. Las lesiones percutáneas ocuparon el 82%, seguidas de contacto con mucosas en 14% y piel no intacta en el 3%. La sangre y productos sanguíneos estuvieron asociados en el 79% de los casos.

Existen cuatro factores que se asocian con incremento de riesgo para adquirir la infección posterior a un accidente ocupacional: 1) herida profunda; 2) presencia de sangre "visible" en el objeto que produjo la herida; 3) herida con una aguja que haya permanecido en la arteria o vena del paciente infectado con VIH; y 4) Enfermedad terminal en el paciente que fue la fuente infecciosa. (Robb 2008)

El riesgo de adquirir la infección por VIH después de una exposición percutánea que involucra grandes volúmenes de sangre, particularmente si el paciente tiene una carga viral alta, excede el riesgo promedio de 3 en 1000. (Robb 2008). La diseminación viral sistémica no ocurre inmediatamente, dejando una ventana de oportunidad durante la cual el tratamiento antirretroviral (ARV) puede ser benéfico. (Panlilio 2005)

Las áreas de hospitalización fueron las más frecuentemente involucradas (36%), y de éstas, los servicios quirúrgicos y de terapia intensiva tuvieron la mayor proporción de accidentes (19% y 12% respectivamente); otras áreas involucradas son los quirófanos en el 29% de las ocasiones; que en conjunto son una tercera parte de todas las exposiciones reportadas.

En el 72% de los casos de la exposición ocupacional a sangre y líquidos corporales se reportó en personal que tiene trato directo con los pacientes (enfermeras 42%, médicos 30%).

Las Jeringas huecas fueron la fuente del accidente en el 55% de las ocasiones, las cuales tiene mayor riesgo de transmitir microorganismos sanguíneos que otros materiales. Y se estimó que por lo menos el 56% de estos accidentes eran prevenibles, de haber seguido adecuadamente las precauciones descritas previamente.

PREVENCIÓN

Prevención Primaria: Las medidas para prevenir exposición a patógenos sanguíneos son las siguientes:

- Implementación de las Precauciones Estándar
- Proveer al personal de salud equipo de protección y material de seguridad
- Implementación de procedimientos seguros

Bajo los principios de las Precauciones Estándar, la sangre y los líquidos corporales deben ser considerados

potencialmente infectados con patógenos de origen sanguíneo en los que se incluye VIH, y virus de Hepatitis B y C.

- El personal de salud debe lavarse las manos frecuentemente antes y después de tocar al paciente.
- Se debe utilizar equipo de protección: guantes, lentes, botas, y mascararas apropiados según la situación en la que se maneja el paciente.
- Es indispensable utilizar guantes al realizar procedimientos invasivos, sobre todo en venas y arterias.
- Se debe utilizar material punzocortante con precaución:
 - Con dispositivos para su desecho que se encuentren cercanos al sitio del procedimiento
 - Colocar el material en contenedores de punzocortantes adecuados inmediatamente después de su uso
 - No se deben volver a re-encapuchar las agujas

Las autoridades del hospital deben proporcionar a los trabajadores el equipo personal de protección que establece las medidas de control y que coloca barreras y filtros entre el trabajador y el riesgo, que incluya el entrenamiento apropiado para su uso por el personal de salud, como son:

1. Acceso a lavado y descontaminación de manos
2. Ropa quirúrgica y batas adecuadas
3. Variedad de guantes en tamaños, estériles y no estériles
4. Contenedores para material punzocortante
5. Mascarillas o respiradores apropiados
6. Lentes, gogles o pantalla facial.

PREVENCIÓN SECUNDARIA: PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN AL VIH.

El manejo de la exposición ocupacional al VIH debe incluir:

1. La asesoría sobre el riesgo del evento para determinar la posibilidad de transmisión,
2. Discusión sobre la profilaxis post-exposición con fármacos antirretrovirales (ARV),
3. Apoyo emocional y psicológico, información sobre las prácticas sexuales seguras durante el periodo de monitorización, y
4. Seguimiento médico estrecho que incluye exámenes serológicos.

Las fuentes se clasifican en los siguientes subgrupos:

1. Pacientes que se conocen VIH positivos y tiene una carga viral alta (seroconversión aguda o infección crónica con > 1500 copias/mL)
2. Pacientes que se conocen VIH positivos con una carga viral baja (<1500 copias/mL)
3. Pacientes en los que se desconoce la serología para VIH
4. Pacientes que se conocen VIH negativos.

Es apropiado considera el uso de profilaxis en personas que tuvieron exposición a VIH con cualquiera de esta clase de pacientes, excepto con los que se conocen VIH positivos y reciben tratamiento ARV.

La PPE-VIH está indicada en personas que estuvieron expuestas con pacientes VIH positivas o población con factores de riesgo en los que se desconoce la serología para este virus donde la seroprevalencia de VIH se considera suficiente para justificar la toxicidad y costo del tratamiento. Estos factores de riesgo son:

- hombres que tienen sexo con hombres,
- hombres que tiene sexo con hombres y mujeres.
- trabajadores sexuales,
- personas que usan drogas intravenosas,
- personas con historia de haber estado en la carcel,

- personas provenientes de países donde la seroprevalencia de VIH es 1% o mayor,
- exposición con personas que son parejas sexuales de alguno de los grupos anteriores
- personas con antecedente de violación se considerande alto riesgo para ser VIH positivos.

La PPE-VIH debe iniciar lo más pronto posible, preferentemente dentro de las primeras 36 horas post-exposición. La duración adecuada de la PPE-VIH es de 4 semanas, si se tolera.

En las siguientes condiciones NO está indicada la PPE:

1. Si la persona expuesta es VIH positiva
2. Si la exposición no pone en riesgo la transmisión
 - a. Exposición de piel intacta a fluidos potencialmente contaminados
 - b. Exposición a líquidos corporales no infecciosos (heces, saliva, orina y sudor)
 - c. Exposición a líquidos corporales de paciente conocido como negativo a VIH, a menos que la persona se identifique con exposición de riesgo reciente y así encontrarse dentro de un periodo de ventana para el diagnóstico.
3. Si el tiempo de exposición es mayor de 72 horas
4. Cuando el paciente no autorice el inicio de PPE

DIAGNÓSTICO

Realizar una de inmediato una prueba para VIH en la fuente facilita la decisión del uso de PPE-VIH, debido a la potencial toxicidad del esquema ARV y la baja probabilidad de transmisión de la enfermedad después del accidente.

Si se decidió iniciar PPE-VIH se debe tomar una biometría hemática completa, pruebas de función renal, pruebas de función hepática y prueba de embarazo en caso de mujer en etapa reproductiva). No es necesario esperar los resultados para iniciar la PPE, únicamente la prueba de embarazo si se considera utilizar efavirenz en el esquema, por su capacidad potencial teratogénica.

En caso de que se desconozca el estado serológico de la fuente, se sugiere tomar una prueba rápida y una ELISA para VIH y VHC, además de antígeno de superficie para VHB. Si la fuente de contacto tiene riesgo de un contagio reciente por VIH o VHC (exposición en las 2-4 semanas previas), se le debe realizar carga viral para ambos virus para descartar infección aguda, lo que confiere mayor riesgo de transmisión.

La evaluación de la persona expuesta debe incluir una historia clínica completa, antecedentes de su vida sexual; se deben conocer los detalles de los medicamentos que toma debido a que los ARV pueden tener interacciones graves con otros fármacos.

Se tiene que investigar el estado serológico basal del individuo expuesto, ya que en caso de ser VIH positivo lo que se requiere es considerar si cumple criterios para inicio de TARAA (Tratamiento antirretroviral altamente activo).

En cada Unidad de atención médica, se debe implementar un servicio de vigilancia y prevención de riesgos de transmisión del VIH (y otros virus con origen de transmisión sanguínea como VHB, VHC, etc) para el personal de salud, que incluya:

- a) Registro de la información
- b) Asesoría sobre riesgos de transmisión y prevención

- c) Consejería: consentimiento informado, exámenes pre y post-exposición (de la persona expuesta y la persona fuente), adherencia a la profilaxis e información sobre efectos adversos.

TRATAMIENTO

La PPE-VIH es más efectiva si se inicia dentro de las primeras 48-72 horas post-exposición, idealmente dentro de la primera hora y debe continuar por lo menos 28 días. Varios factores parecen estar asociados a la probabilidad de infección post-exposición:

1. El inóculo viral
2. El intervalo entre la inoculación viral y el comienzo del tratamiento
3. La duración del tratamiento
4. La selección del esquema ARV

Para indicar un esquema de PPE-VIH, se debe tomar en cuenta los siguientes puntos:

- Si la persona expuesta está o puede estar embarazada
- Si tiene alguna condición médica preexistente
- La interacción potencial con otros medicamentos
- La posibilidad de que el virus sea resistente a uno o más de los fármacos sugeridos de primera línea.

Los análogos nucleósidos son el “back bone” de los regímenes utilizados. Si se decide agregar un tercer fármaco se prefiere sea un inhibidor de Proteasa (IP) reforzado con dosis bajas de ritonavir. No se recomienda nevirapina por el riesgo de toxicidad incluyendo hepatitis fulminante y alteraciones cutáneas graves y la posibilidad de que no tenga actividad en casos de resistencia transmitida.

La adherencia reportada en la PPE-VIH es aproximadamente de 70-80%. El nivel de adherencia requerido para obtener el máximo beneficio se desconoce.

Los factores asociados con la seroconversión a pesar de la PPE-VIH incluyen:

1. Inicio de fármacos tardío (>45 h después de la exposición)
2. Falta de adherencia
3. Exposiciones repetidas.

Si se cuenta con la información del perfil de resistencia del virus de la fuente de contacto o de su pareja sexual, y el tratamiento ARV que recibe en ese momento puede servir para elegir el régimen de PPE-VIH. Dependiendo el tipo de exposición y riesgo de adquirir la infección se decide el número de fármacos ARV para el régimen de PPE.

Se considera que la exposición fue significativa cuando hay alguno de los siguientes tres tipos de exposición:

- (i) Herida percutánea
- (ii) Exposición con piel dañada
- (iii) Exposición a mucosas incluyendo ojos.

En el caso de heridas percutáneas la PPE el riesgo se clasifica:

1. De acuerdo con el tipo de exposición
 - Menor riesgo (herida superficial con aguja sólida)
 - Mayor riesgo (punción profunda con aguja hueca)

2. De acuerdo con la condición de la fuente
 - Clase 1: Infección asintomática, carga viral <1,500 copias/mL
 - Clase 2: Infección por VIH sintomática, seroconversión aguda, carga viral alta
 - Fuente con estado serológico desconocido (paciente que haya fallecido y no se disponga de muestras para la prueba)
 - Fuente desconocida (lesión por aguja de un contenedor)
 - Fuente VIH negativo.

En el caso de exposición de mucosas y de piel no intacta el riesgo se clasifica:

1. De acuerdo con el tipo de exposición
 - Volumen pequeño (unas pocas gotas)
 - Volumen grande (salpicadura abundante de sangre)
2. De acuerdo con la condición de la fuente
 - Clase 1: Infección asintomática, carga viral <1,500 copias/mL
 - Clase 2: Infección por VIH sintomática, seroconversión aguda, carga viral alta
 - Fuente con estado serológico desconocido
 - Fuente desconocida
 - Fuente VIH negativo.

- En el caso de exposición percutánea leve, o si la fuente de exposición es clase 1

- PPE con 2 fármacos

- Si la lesión es percutánea fue grave o la fuente de exposición es clase 2:

- PPE con 3 fármacos.

- Si la exposición procede tanto de una fuente con estado serológico desconocido, como de una fuente desconocida generalmente no se proporciona tratamiento farmacológico, sin embargo se considera PPE-VIH con esquema con dos fármacos cuando:

- a) La fuente de exposición se identifican factores de riesgo para la infección por VIH
- b) La exposición cuya fuente es desconocida ocurre en escenarios en los que podría haber exposición a personas infectadas por VIH.

- La conducta terapéutica en los casos de fuente con estado serológico desconocido o fuente de exposición desconocida es la misma que en el tipo de exposición menos grave.

- En el caso de que la exposición haya ocurrido en mucosas o en piel no intacta, se recomienda PPE-VIH con esquema de dos fármacos tanto si el tipo de exposición es de pequeño volumen como si es grande en fuentes de exposición clase 1.

- Si se trata de clase 2, se recomienda esquema con dos fármacos cuando el volumen es pequeño o tres fármacos si el volumen es grande.

Criterios para recomendar PPE con dos INTR (inhibidores nucleosidos de la transcriptasa reversa):

- Cuando el estado serológico de la persona fuente es desconocido, y
 - La prevalencia de resistencia a los ARV en la comunidad es <15%
 - La persona fuente nunca ha usado tratamiento ARV
 - La persona fuente no parece tener infección por VIH resistente a ARV con base en la historia de terapia ARV y adherencia

Criterios para recomendar PPE con tres fármacos

- Cuando se conozca o se sospeche la presencia de resistencia ARV en la persona fuente, en cuyo

caso la selección de fármacos deberá realizarse con el genotipo de la fuente de contacto.

- Cuando la prevalencia de resistencia a los ARV (INTR) en la comunidad es >15%.

Los esquemas preferidos para PPE - VIH son los siguientes:

DOS FÁRMACOS:

Tenofovir/emtricitabina 300/200mg una vez al día
(nombre comercial: Truvada)

Zidovudina/lamivudina 300/150 mg cada 12 horas
(nombre comercial: Combivir)

Si el paciente no tolera la zidovudina, ésta puede ser sustituida por estavudina 40mg oral cada 12 horas (ó 30mg cada 12 horas si el paciente pesa menos de 60 Kg).

TRES FÁRMACOS: En caso de decidir un esquema con 3 fármacos ARV, incluir un IP; las recomendaciones son:

Esquema preferido

Tenofovir + emtricitabina o
zidovudina + lamivudina
más
lopinavir con ritonavir

Esquemas alternativos

Tenofovir + emtricitabina o
zidovudina+ lamivudina
más
atazanavir con ritonavir
saquinavir con ritonavir
fosamprenavir con ritonavir

Aproximadamente 50% de los trabajadores no completan el tratamiento como consecuencia de efectos adversos o falta de adherencia. Los síntomas gastrointestinales secundarios a la toma de ARV pueden ser tratados con agentes antieméticos y antiespasmódicos. En otras situaciones, se pueden modificar las dosis de los fármacos.

Si se identifica que la persona fuente es VIH negativa, el tratamiento profiláctico debe suspenderse, a menos que se sospeche que el paciente fuente pueda estar infectado y se encuentre en etapa de ventana inmunológica.

SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA

El protocolo de seguimiento del personal de salud que sufre una exposición accidental al VIH debe incluir:

1. Personal capacitado las 24 horas del día, los 7 días de la semana
2. Módulos de información a donde pueda acudir una persona con probable exposición ocupacional al VIH
 - a. Hacer extensivo el conocimiento de la existencia de estos módulos (pósters, folletos, etc.)
3. Disposición a los esquemas de medicamentos a cualquier hora cualquier día de la semana

- a. Se deben tener por tres esquemas completos reservados solo para PPE-VIH.
 - b. Y las dosis suficientes para tres días de PPE-VIH.
4. Efectuar los exámenes necesarios después de una exposición ocupacional al VIH; procesarlos en forma urgente para la toma de decisiones oportunas.
 5. Educación al personal de salud sobre las medidas que se deben efectuar para prevenir la exposición ocupacional y las acciones inmediatas a la exposición.
 6. Una exposición de alto riesgo debe ser inmediatamente discutida con el responsable del programa para desarrollar un plan de acción inmediato.

- Se recomienda un mínimo de seguimiento de 12 semanas después de la exposición, o si se inició profilaxis el seguimiento es por 12 semanas después de haber suspendido la PPE-VIH.
- Se deben tomar pruebas de ELISA de VIH a las 4-6 semanas, 3 meses y 6 meses post-exposición.
- La seroconversión generalmente se detecta después de las 12 semanas y virtualmente todas son detectables a los 6 meses.
- Pruebas nuevas aceleran el tiempo en el que se hacen positivos, pero existen casos (raros) de seroconversión tardía (>6 meses).
- La extensión del seguimiento a los 12 meses, debe efectuarse cuando el expuesto seroconvierte a VHC de una fuente con coinfección con VIH y VHC.
- Se recomienda el uso de sexo seguro y evitar compartir fómites contaminados con sangre, hasta que se documente la prueba negativa a los 6 meses post-exposición. Deben evitar donar sangre, amamantar y embarazarse, especialmente en las primeras 6-12 semanas post-exposición.
- Se deben realizar pruebas para otros virus que se transmiten por este tipo de exposición laboral.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Se deben referir con el especialista en enfermedades infecciosas:

1. Personas expuestas que estén coinfectadas con VHC o VHB
2. Cuando la fuente de contacto tiene más de un virus que se transmite por contacto sanguíneo
3. Los trabajadores con algún tipo de inmunocompromiso primario o terapia inmunosupresora por alguna co-morbilidad (PPE-VIH deben seguirse por tiempo más prolongado)
4. Personas expuestas embarazadas o en etapa de lactancia
5. Contactos de pacientes con infección por VIH multirresistente
6. Contactos que presenten algún dato de toxicidad al régimen de PPE-VIH inicial

Aun cuando se requiera la evaluación de un experto no se debe retrasar el inicio de PPE-VIH.

CUADRO 1. ATENCIÓN INMEDIATA DE ACUERDO AL SITIO DE EXPOSICIÓN AL VIH

1.	LAVAR DE INMEDIATO HERIDAS Y PIEL CON AGUA Y JABÓN
2.	IRRIGAR MEMBRANAS MUCOSAS CON AGUA LIMPIA, ESTÉRIL, O SALINA
3.	IRRIGAR LAS CONJUNTIVAS CON AGUA LIMPIA, SALINA O ESTÉRIL
4.	NO EXISTE EVIDENCIA CIENTÍFICA DE QUE EL USO DE ANTISÉPTICOS O EL EXPRIMIR LA HERIDA, REDUCIRÁ EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DE UN PATÓGENO DE ORIGEN SANGUÍNEO (VIH, VHB, VHC, ETC.)
5.	NO SE RECOMIENDA EL USO DE AGENTES CÁUSTICOS
6.	REPORTAR LA EXPOSICIÓN AL ÁREA RESPONSABLE DE LA UNIDAD, PARA EFECTUAR EL ESTUDIO INTEGRAL Y DETERMINAR SI LA EXPOSICIÓN REQUIERE DE TRATAMIENTO PROFILÁCTICO Y SEGUIMIENTO.

MODIFICADO DE DHHS 2003.

CUADRO 2. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO CON LA EXPOSICIÓN AL VIH

EVALUACIÓN DEL RIESGO	• TIPO DE LÍQUIDO CORPORAL INVOLUCRADO
	• VÍA DE EXPOSICIÓN
	• VOLUMEN DE SANGRE O LÍQUIDO CORPORAL INVOLUCRADO
	• GRAVEDAD DE LA EXPOSICIÓN
	• UNO O MAS MICROORGANISMOS INVOLUCRADOS
	• GRADO DE VIREMIA
	• ESTADO INMUNOLÓGICO DEL PERSONAL DE SALUD EXPUESTO AL MOMENTO DE LA LESIÓN
TIPO DE LÍQUIDO CORPORAL	1. SANGRE
	2. LÍQUIDO CORPORAL SANGUINOLENTO
	3. TEJIDO
TIPO DE EXPOSICIÓN	1. LESIÓN PERCUTÁNEA
	2. MEMBRANA MUCOSA
	3. PIEL NO-INTACTA
	4. MORDEDURAS CON EXPOSICIÓN A SANGRE

CUADRO 3. PRUEBAS DE LABORATORIO RECOMENDADAS PARA PERSONAS DESPUÉS DE UNA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL VIH

Estudio	Recomendadas durante el tratamiento		Recomendadas durante el seguimiento		
	Basal	Síntomas	4-6 semanas	12 semanas	24 semanas
ELISA para VIH	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Creatinina, PFH, BHC	Sí	Sí	Sí	No	No
Carga viral VIH	No	Sí	No	No	No
AgsHB	Sí	No	No	No	No
Anticuerpos para VHC	Sí	No	Sí	Sí	Sí
RNA VHC	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Otros agentes de infecciones de transmisión sexual	Si	Si	Si	Si	No

Fuente: Modificado de Landovitz, 2009. N ENGL J MED 36; 18.

Cuadro 4. Recomendación de Profilaxis Post-Exposición (PPE) al VIH de acuerdo con el tipo de lesión percutánea y Estado de infección de la fuente de exposición.

Tipo de exposición	VIH positivo Clase 1*	VIH positivo Clase 2*	Fuente con estado desconocido para VIH°	Fuente desconocida °°	VIH negativo
Menos grave 1	PPE con dos ARV	Recomendar PPE con 3 ARV	Generalmente no se indica PPE Considerar PPE con 2 ARV si la fuente tiene factores de riesgo para VIH	Generalmente no se indica PPE Considerar PPE con 2 ARV** en situaciones en que sea factible la exposición a pacientes VIH positivos	PPE no justificada
Más grave 2	Recomendar PEE con tres ARV	Recomendar PPE con 3 ARV	Generalmente no se da PPE Considerar PPE con 2 ARV si la fuente tiene factores de riesgo para VIH♣	Generalmente no se da PPE Considerar PPE con 2 ARV en situaciones en que sea factible la exposición a pacientes VIH positivos ♣	PPE no justificada

* VIH Positivo, clase 1 — Infección por VIH asintomática o carga viral baja conocida (<1,500 copias/mL).

* VIH Positivo, clase 2 — Infección por VIH sintomática, SIDA, seroconversión aguda o carga viral conocida, elevada

° Por ejemplo, persona fuente fallecida, sin posibilidades de obtener muestras para serología de VIH.

°° Por ejemplo, una aguja de un contenedor de objetos punzocortantes

1. Por ejemplo, aguja sólida o herida superficial.

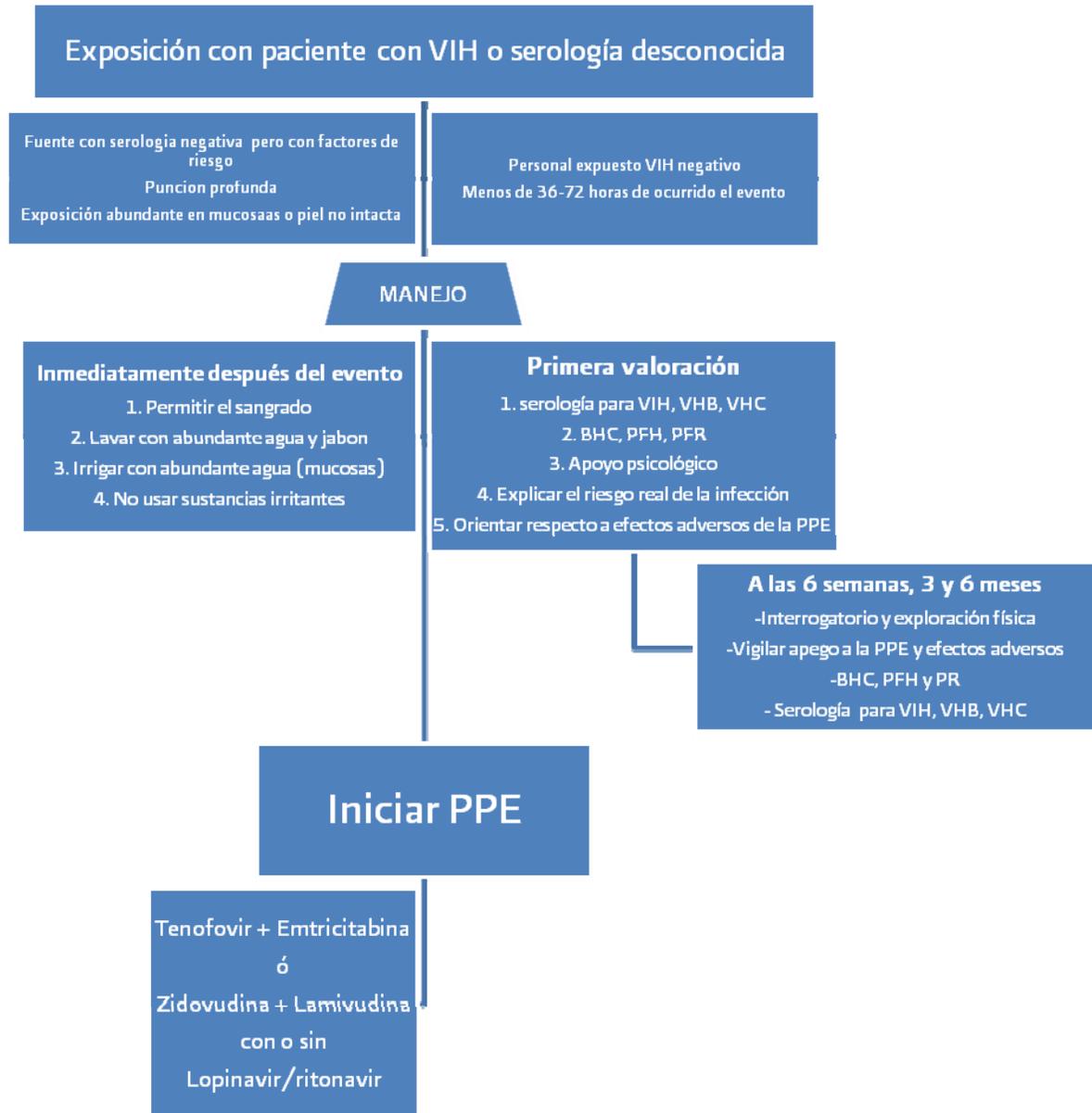
2. Por ejemplo orificio de aguja hueca amplia, punción profunda, sangre visible en el dispositivo o aguja usada en una arteria o vena del paciente.

** Considerar PPE: indica que la PPE es opcional; la decisión de iniciarla debe basarse en una discusión entre la persona expuesta y el médico tratante, basándose en riesgos y beneficios de la PPE

♣ Si se ofrece y se administra la PPE y se determina después que la fuente es VIH negativa, la PPE deberá ser suspendida.

Cuadro 5. Esquemas Recomendados para Profilaxis Post-Exposición (PPE) al VIH.

PPE-VIH EN ADULTOS	
ESQUEMA BÁSICO CON DOS ARV TENOFОВIR /EMTRICITABINA 300/200 mg una vez al día por 28 días	ESQUEMA ALTERNATIVO CON DOS ARV ZIDOVUDINA/ LAMIVUDINA 300/150 mg Cada 12 horas por 28 días
ESQUEMA BÁSICO CON TRES ARV 1. TENOFОВIR /EMTRICITABINA (300/200 mg) + LOPINAVIR/RITONAVIR Tab (200/50 mg) Dos tabletas adultos, una vez al día por 28 días	ESQUEMA ALTERNATIVO CON TRES ARV - TENOFОВIR/EMTRICITABINA (300/200 mg) o - ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA (300/150 mg) + a) ATAZANAVIR + RITONAVIR, o b) SAQUINAVIR + RITONAVIR, o c) FOSAMPRENAVIR + RITONAVIR
1. ZIDOVUDINA/ LAMIVUDINA (300/150 mg) Cada 12 horas por 28 días + LOPINAVIR/RITONAVIR Tab (200/50 mg) Dos tabletas adultos, una vez al día por 28 días	
PPE-VIH EN NIÑOS	
PESO CORPORAL DEL NIÑO	ESQUEMA
- NIÑOS \geq 50 Kg	1. TENOFОВIR /EMTRICITABINA 300/200 mg una vez al día por 28 días
	2. ZIDOVUDINA/ LAMIVUDINA 300/150 mg Cada 12 horas por 28 días
- NIÑOS <50 Kg	- ZIDOVUDINA en solución 10 mg/Kg/día, dividido en dos dosis/día por 28 días + - LAMIVUDINA en solución 8 mg/Kg/día, dividido en dos dosis/día por 28 días
Otros esquemas deberán ser evaluados por el médico experto en enfermedades infecciosas	



EVALUACIÓN DE PPE-VIH EN TRABAJADORES DE LA SALUD

