

PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN AL VIH
NO OCUPACIONAL





AUTORES

García Gasalla, Mercedes. Facultativa especialista de área de Medicina Interna.

Guiu Martí, Sandra. Jefa de Sección del área de Urgencias.

REVISORES

Miembros de la Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política de Antibióticos:

Aretio Pousa, Ana Vocal; Ayestaran Rota, José Ignacio; Dueñas Morales, Joaquín; Gacias Gilet, M. Magdalena; Guiu Martí, Alexandra María; Hidalgo Pardo, Olga; Martín Pena, Luisa; Mas Morey, Maria del Mar; Montaner Barceló, Francisco; Novo García, Andrés; Ochogavia Seguí, Aina; Oliver Palomo, Antonio; Palou Rotger, Alexandre; Periañez Párraga, Leonor del Mar; Riera Jaume, Melchor; Rodrigo Troyano, Ana María; Rojo Molinero, Estrella; Sanclemente Ansó, Maria del Carmen; Torres Juan, Marta; Torres Pedros, Vicente.

Torres Juan, Marta. Técnica de la Unidad de Calidad.

APROBACIÓN

Martín Pena, M. Luisa. Presidenta de la Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política de Antibióticos.



MODIFICACIONES

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
01	29/12/2020	- Primera edición.
02	01/01/2008	- Protocolo para la implementación de la profilaxis post-exposición al VIH NO ocupacional y ocupacional para pacientes externos a IBSalut en adultos y adolescentes mayores de 15 años (pacientes menores de 15 años ver protocolo de específico de Pediatría).
03	25/09/2013	- Revisión completa
04	03/02/2017	- Revisión completa
05	15/12/2021	<ul style="list-style-type: none">- Revisión y actualización de la información.- Se adapta al formato de documentos del Hospital.- Se incluye la información detallada del Power Plan.- Se modifica la tabla 1 y tabla 3.- En los anexos se incorporan las referencias de los documentos entregados al paciente.



Tabla de contenido

1.	Introducción.....	6
2.	Objetivos	6
3.	Alcance.....	6
3.1	Ámbito de aplicación y profesionales implicados.....	6
3.2	Población diana.....	6
4.	Consideraciones previas.....	7
5.	Procedimiento para el inicio de la PPE al VIH en un paciente.....	7
6.	Algoritmo de decisión de inicio de la PPE al VIH VÍA SEXUAL.....	7
7.	Algoritmo de decisión de inicio de la PPE al VIH por pinchazo percutáneo o por exposición de mucosas.....	8
8.	Profilaxis post-exposición a los virus de la Hepatitis B (VHB) y C (VHC).....	11
8.1	Hepatitis B.....	11
8.2	Hepatitis C.....	11
8.3	Programa PrEP.....	11
9.	Circuitos de seguimiento.....	12
10.	Anexo 1.- Contraindicaciones e interacciones del TARV con el tratamiento habitual del paciente.....	16
11.	Anexo 2. Consentimiento informado.....	17
12.	Anexo 3. Algoritmo de inicio de la PPE al VHB no ocupacional.....	18
13.	Bibliografía	19



1. Introducción

La profilaxis post-exposición (PPE) al VIH consiste en un tratamiento con fármacos antirretrovirales (TARV) tras una posible exposición al VIH. La exposición podría ser ocupacional (por una exposición accidental en el ámbito sanitario del personal sanitario), o no ocupacional (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%).

Para consultar protocolo de PPE ocupacional en pacientes de IBSalut ver el protocolo en la intranet de HUSE de Prevención de Riesgos Laborales.

2. Objetivos

Este protocolo pretende facilitar la toma de decisiones para el inicio de la quimioprofilaxis frente al VIH en los pacientes que consulten por posibilidad de transmisión de la infección por conductas sexuales de riesgo, por exposición de mucosas o por pinchazo percutáneo con material potencialmente contaminado en la población general y en pacientes ingresados en HUSE (profilaxis no ocupacional), o por accidente biológico en los trabajadores externos a IBSalut (profilaxis ocupacional), además de clarificar las pautas antirretrovirales aconsejadas y el proceso de seguimiento del paciente.

Los accidentes biológicos en pacientes ingresados en HUSE serán valorados por el Servicio de Medicina Preventiva. De lunes a viernes, de 8 a 15, se contactará con este Servicio. Fuera de este horario, se contactará con el Servicio de Urgencias.

3. Alcance

3.1 *Ámbito de aplicación y profesionales implicados*

Todos los profesionales que intervienen en el proceso:

- Facultativos Especialistas de Área del Servicio de Urgencias, especialmente los profesionales que forman parte del Equipo de Guardia.
- Facultativos Especialistas de Área del Servicio de Medicina Interna.
- Enfermeras de Consultas Externas de Medicina Interna (Módulo OH).
- Personal administrativo del Servicio de Admisión.

3.2 *Población diana*

Todos los pacientes que precisen profilaxis post-exposición (PPE) al VIH.



4. Consideraciones previas

Antes del inicio de la PPE al VIH, se deben asegurar varios factores:

1. La seronegatividad actual del paciente al VIH.
2. Intentar conocer la situación serológica del paciente fuente a través de la Historia Clínica o con su médico responsable.
3. La correcta adherencia al tratamiento durante un total de cuatro semanas
4. La posibilidad de seguimiento por una enfermera o médico dedicado a las enfermedades infecciosas durante el periodo de tratamiento en el HUSE o bien en el lugar de origen del paciente.
5. Descartar las contraindicaciones o las interacciones de tratamiento habitual del paciente con TARV (Anexo 1).

5. Procedimiento para el inicio de la PPE al VIH en un paciente

1. Se debe 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 (contactar previamente por teléfono con el personal de guardia del Servicio de Microbiología).
2. Cursar una analítica completa (hemograma y bioquímica con función renal y marcadores hepáticos) 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.
3. 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.

6. Algoritmo de decisión de inicio de la PPE al VIH VÍA SEXUAL

- Preferiblemente debería iniciarse el tratamiento durante las primeras 6 horas tras el contacto, no estará indicada si han pasado 72 horas tras el contacto.
- La práctica sexual con mayor riesgo de transmisión del VIH es la relación anal receptiva no protegida con un varón infectado por VIH-1 (0,5-3%), seguida de la relación vaginal receptiva (0,05%-0,8%), y la relación vaginal o anal insertiva (0,05%-0,065%). La relación orogenital receptiva e insertiva tiene un riesgo menor (0,005%-0,01%). Estudios recientes (Partner-1 y 2), han demostrado que el riesgo de transmisión tanto en relaciones hetero como homosexuales en parejas discordantes cuando el postador de la infección por el VIH tiene CV es nulo.
- Se valorará el inicio de la PPE según el riesgo de práctica sexual referida y el seroestatus al VIH del paciente fuente (ver tabla 1).

Seroestatus a VIH del paciente fuente	
Paciente fuente VIH positivo con carga viral detectable o desconocida	<ul style="list-style-type: none">- Se aconseja PPEVIH en todos los casos que incluyan prácticas sexuales con penetración y/o sexo orogenital con eyaculación- No se aconseja PPEVIH en las de riesgo mínimo (sexo orogenital sin eyaculación o sexo orogenital femenino)
Paciente fuente VIH negativo o VIH positivo con carga viral indetectable	<ul style="list-style-type: none">- Se desaconseja PPE- 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)
Paciente fuente con serología a VIH desconocida	<ul style="list-style-type: none"> - Se aconseja la realización de prueba rápida a VIH al paciente fuente si fuera accesible. <ol style="list-style-type: none"> 1. Si fuera (-): no indicada la PPEVIH 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. - Si el paciente fuente NO fuera accesible: <ol style="list-style-type: none"> 1. No indicada la PPE en prácticas sexuales con riesgo despreciable (masturbación, contacto de secreciones con piel integral) 2. Indicada PPE a VIH en los casos de agresión sexual con penetración y en todos los casos de penetración anal. 3. Valorar de forma individualizada en casos de penetración/recepción vaginal. 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.

Tabla 1. Seroestatus a VIH del paciente fuente

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

- Es preferible iniciar el tratamiento durante las primeras 6 horas tras el contacto (4 horas en el ámbito ocupacional). No está indicada pasadas 72 horas tras el contacto.
- Se debe valorar el inicio de la PPE según el riesgo estimado del accidente biológico referido por el paciente y el seroestatus a VIH del paciente fuente (ver tablas 2 y 3).

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

Tabla 2. Riesgo estimado de infección por el VIH-1 por pinchazo percutáneo o exposición de mucosas no ocupacional. Fuente: Documento de consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida /SEMES/GESIDA sobre Urgencias y VIH. 2012.



Seroestatus a VIH del paciente fuente	
Paciente fuente VIH positivo con carga viral detectable o desconocida	<ul style="list-style-type: none">- Se aconseja PPE a VIH
Paciente fuente VIH negativo	<ul style="list-style-type: none">- Se desaconseja PPE- Aconsejamos la realización de serología/prueba rápida al paciente fuente para asegurar su seronegatividad a VIH si existieran factores de riesgo (ej: ADVP o múltiples parejas sexuales o pertenencia a entorno susceptible de contacto con VIH)
Paciente fuente con serología a VIH desconocida	<ul style="list-style-type: none">- Se aconseja la realización de prueba rápida a VIH al paciente fuente si accesible.<ol style="list-style-type: none">1. 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).2. Si el paciente fuente NO fuera accesible: ver tabla 1<ul style="list-style-type: none">- No indicada la PPE en riesgo mínimo- 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)3. Si fuera (-) no indicada la PPE a VIH.

Tabla 3. Decisión de inicio de la PPE al VIH según el seroestatus del paciente fuente y el tipo de accidente biológico referido por el paciente.



PAUTAS RECOMENDADAS

En caso de inicio de la PPE al VIH en pacientes adultos y adolescentes > de 13 años, la pauta de elección aconsejada es:

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

*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/24 h + Isentress (RAL) 1comp/12 h
En caso de afectación renal	Sustituir Truvada (Tenofovir/Emtricitabina) (TDF/FTC) por Combivir ** (Lamivudina/Zidovudina) (3TC/AZT) 1comp/12h.

** Pendiente la disponibilidad de Descovy ® (FTC/TAC) 1 comp/24h para sustituir a Combivir en caso de alteración renal.

- Explicar los efectos secundarios de TARV:

Los regímenes terapéuticos elegidos para la PPE al VIH-1 se caracterizan por su buena tolerancia y por sus escasos efectos secundarios en una pauta corta de tratamiento, como pueden ser las 4 semanas de administración en el caso de la profilaxis. Aun así, los efectos secundarios más frecuentes que pueden estar relacionados con su toma son las **reacciones de hipersensibilidad** en forma de:

- exantema
- cefalea
- alteraciones gastrointestinales

en la mayoría de los casos, de leve intensidad.

- El **paciente tiene que firmar la autorización** del tratamiento (Anexo 2).

- **Entregar kit de medicación en el Servicio de Urgencias** con hoja adjunta explicativa sobre la posología:

Intranet: Id. 4894 Imprenta: AUD-SL-400	MEDICACIÓN A: profilaxis post-exposición en pacientes adultos y adolescentes (mayores de 12 años).
Intranet: Id. 4895 Imprenta: AUD-SL-492	MEDICACIÓN B: profilaxis post-exposición pacientes en gestación o polimedicados con posibilidad de interacciones farmacológicas.

En el caso de que no estuviera disponible en el Servicio de Urgencias, se dispensará en el Servicio de Farmacia. En el kit se dispone de medicación para cubrir un periodo de 10 días, la prescripción hasta los 28 días (pauta completa) se renovará oportunamente en la Consulta de Enfermedades Infecciosas.



8. Profilaxis post-exposición a los virus de la Hepatitis B (VHB) y C (VHC)

Respecto a la actitud frente a una posible transmisión del VHB y del VHC por la misma conducta de riesgo/accidente por la que consulta el paciente:

8.1 Hepatitis B

- 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, ambas en la consulta de atención primaria, o consulta de Medicina Preventiva en los casos seguidos por este servicio.
 - Con paciente fuente HBsAg(+), seguir algoritmo PPE VHB (Anexo 3).

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

8.2 Hepatitis C

No existe profilaxis eficaz, requerirá seguimiento serológico para vigilar seroconversión y detectar una posible infección temprana.

8.3 Programa PrEP

Se informará a todos los pacientes de la disponibilidad, en Mallorca, de la profilaxis preexposición (PrEP), que en la actualidad se dispensa en el CAITS, en el Hospital General, cuando está indicada (telf. citación: 871 20 57 22).

9. Circuitos de seguimiento

En la mayoría de los casos, los pacientes son atendidos:

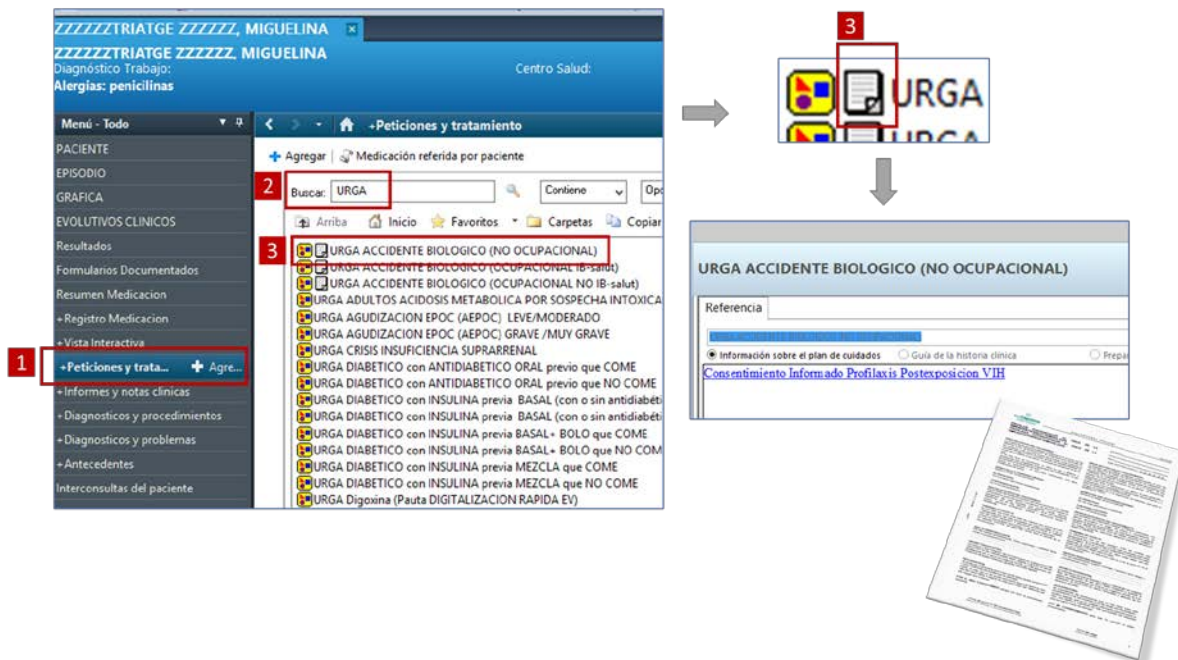
- Inicialmente, en el Servicio de Urgencias (atención continua las 24 horas del día)
o
- en el centro de Atención a las Infecciones de Transmisión Sexual (CAITS): atención únicamente en horario de tarde, de Lunes a Viernes, de 14.00 a 20.00 h.

El seguimiento posterior se realiza en las consultas externas de enfermería de Enfermedades Infecciosas (MIFH) del Hospital Universitari Son Espases (HUSE):

Desde Admisión de Urgencias (accesible 24h) se citará a los pacientes en consulta enfermera MIR61 como primera visita en el plazo de una semana. En caso de que se haya iniciado el tratamiento, se citará al paciente el mismo día en farmacia (CEXFARMACIA -VIH/BIOLOGICOS) para la entrega del resto de medicación hasta finalizar la pauta de 28 días aconsejada.

Se ha creado un Power plan de Millenium para facilitar las peticiones y citas.

URGA-accidente biológico no ocupacional



Después del proceso de consentimiento informado, es decir, que el paciente comprende la información sobre beneficios, riesgos, y alternativas del tratamiento, se activa el Power Plan.



Componente	Estado	Detalles
URGA ACCIDENTE BIOLÓGICO (NO OCUPACIONAL) (Iniciado Pendiente)		
1.- ANALÍTICA del PACIENTE		
Consideraciones: Valorar Test embarazo y avisar busca microbiología para cursar serologías de forma urgente previo inicio de tratamiento		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hemograma (Test) Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Glucosa (Test) Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Urea (Test) Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Creatinina (Test) Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	T. protrombina (pt), % (Test) Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tiempo Tromboplastina APTT (Test) Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ast/ got (Test) Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alt/ gpt (Test) Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Amilasa (Test) Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fosfatasa alcalina (Test) Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bilirrubina total (Test) Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	VIH-1/VIH-2, AC+AG (DUO) Suero Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis A, Anticuerpos IgG Suero Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis B, AG (HBsAg) Suero Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis B, Anticuerpos (Anti-HBs, cuantitativo) Suero Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis B, Anticuerpos Totales (Anti-HBc) Suero Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis C, Anticuerpos Totales Suero Urgente T;N PPE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	TREPONEMA PALLIDUM, ANTICUERPOS IgG (ECLIA) Suero Urgente T;N PPE
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Test de embarazo URG (Test) Urgente PPE
2.- VALORAR INICIAR TERAPIA POST-EXPOSICION VIH		
Consideraciones: solicitar al paciente consentimiento informado para aceptación inicio tratamiento (formulario disponible en la intranet en Documentos Urgencias)		
REGIMEN DE ELECCION		
KIT A = Truvada® (Emtricitabina/Tenofovir) 200 mg/245 mg, 1 comp/24 h + Tivicay® (Dolutegravir)* 50 mg, 1 comp/24 h		
<i>*Dosis plena de Dolutegravir en adolescentes que pesan mas de 40kg, si el peso fuera menor habra que ajustar segun peso.</i>		
EN CASO DE INTERACCIONES o GESTACION:		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entrega kit profilaxis postexposición VIH
3.- VALORAR INICIAR TERAPIA POST-EXPOSICION a VHB		
Consideraciones: en caso de saber que la fuente es negativa no hacer profilaxis VHB		
Supuestos:		
Persona expuesta vacunada:		
a) con título de Ac antiHBs <10 UI/mL : 1 dosis IgAntiVHB + 1ª dosis vacuna		
b) con título de Ac antiHBs >10 UI/mL: no hacer nada		
Persona expuesta con vacunación incompleta: 1 dosisIgAntiVHB + completar vacunación segun programación		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Immunoglobulina antihepatitis B (inmunoglobulina antiHEPATITIS B INTRAMUSCULAR 1000 UI en 5 mL A...
		1000 UI, IM, Dosis Única, Amp
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	VACUNA HEPATITIS B (ADULTOS, PEDIATRIA Y DIALIS...
4.- DERIVACION del PACIENTE		
Admisión de urgencias citara al paciente a:		
a) la consulta de enfermería MIR61 como primera en 1 semana máximo.		
b) la consulta de farmacia CEXFARMACIA-VIH/BIOLOGICOS el mismo día de la cita en consultas externas de MIR61 para renovar medicación.		
ANTE PROBLEMAS DE CITACION EN CONSULTAS: derivar en 1 semana a Hospital de Día de Infecciosas y Farmacia el mismo día		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Primera visita enfermera Medicina interna Preferente, Profilaxis postexposición, Enfermedades infecciosas y HIV, Presencial, Citar antes de 10 días. MIR61, Hospital Son Espases - URG
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Primera visita farmacia Preferente, CEXFarmacia VIH/Biologicos, Presencial, Citar el mismo día que MIR61, Hospital Son Espases - URG

Ante problemas de citación en consulta enfermera MIR61 (periodo vacacional, agendas llenas) se citará al paciente en el plazo de una semana en el Hospital de día de Infecciosas, con cita en Farmacia posterior.

Ante efectos adversos de medicación el paciente deberá contactar el primer día laborable tras el inicio de medicación con Enfermería de Infecciosas teléfono 871205149.

En la Consulta Externa de enfermería de Infecciosas se realizará seguimiento del paciente según la tabla 4. La Enfermera de la consulta cuenta con el apoyo médico necesario en caso de dudas. Se podrá interrumpir el TARV en el caso de conocer la seronegatividad de la fuente.

- Visita inicial enfermera (máximo 1 semana tras exposición): valoración del paciente, tolerancia y adherencia al tratamiento, con modificación de pauta si fuera necesario. Valoración del resultado de serologías iniciales extraídas en Urgencias. Se citará al paciente para la extracción de las segundas serologías (y carga viral VHC sólo si el paciente fuente fuera de alto riesgo, ver pie de tabla 4*), a las 6 semanas tras la exposición de riesgo.



- b) Segunda visita enfermera (8 semanas tras exposición): valoración del resultado de las segundas serologías extraídas a las 6 semanas de la exposición. Se citará al paciente para la extracción de terceras serologías, que se deberá realizar a las 16 semanas de la exposición de riesgo.
- c) Tercera visita enfermera visita final (18 semanas tras exposición): valoración de resultado de últimas serologías extraídas y fin del seguimiento.



Tabla 4. Seguimiento de pacientes en tratamiento con TARV en contexto de PPE a VIH

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

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



10. Anexo 1.- Contraindicaciones e interacciones del TARV con el tratamiento habitual del paciente

En pacientes que han sufrido hipersensibilidad previa a algún componente del fármaco debe valorarse un TAR alternativo.

Las interacciones de los fármacos antirretrovirales (FAR) entre sí o con otros medicamentos constituyen un problema de primera magnitud en el tratamiento de los pacientes con infección por el VIH ya que sus consecuencias pueden tener una importante repercusión clínica. Las pautas de TAR que incluyen Inhibidores de Integrasas no potenciados (Raltegravir y Dolutegravir) son las que presentan menores problemas de interacciones y constituyen actualmente tratamientos de primera línea. Otros tratamientos de FAR que incluyan inhibidores metabólicos (ritonavir o cobicistat; como por ejemplo los inhibidores de proteasa) requieren una monitorización y seguimiento específico de las posibles interacciones con el objeto de garantizar el éxito terapéutico en estos pacientes. No se han incluido todas las posibles interacciones con los medicamentos antirretrovirales, dado que existen diversas páginas web dedicadas a esta finalidad, que pueden facilitar la búsqueda: www.interaccionesvih.com (en español) y www.hivdruginteractions.org (en inglés).

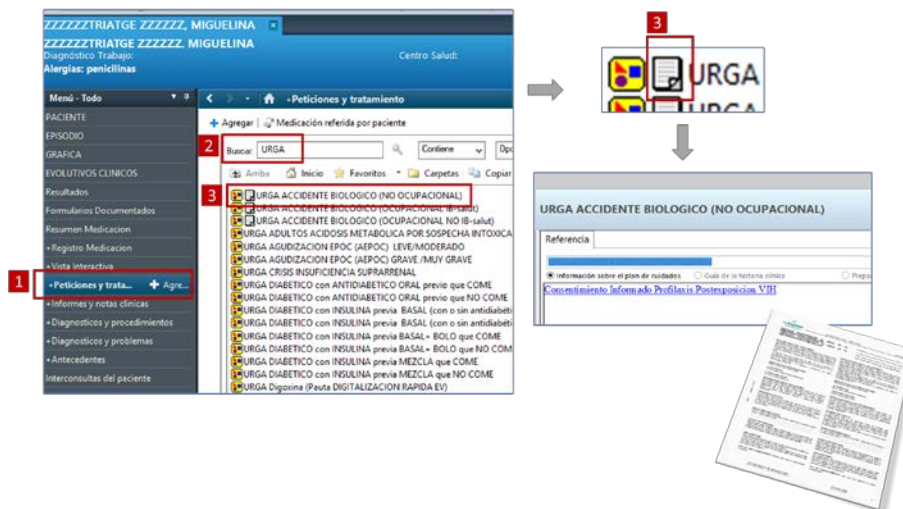
Debido a que la información científica relacionada con los medicamentos antivirales se renueva constantemente, se recomienda que antes de tomar cualquier otro medicamento (también los que adquiere en la farmacia sin receta del médico, receta privada o una planta medicinal), el paciente consulte primero llamando al Servicio de Farmacia del Hospital Universitari Son Espases.

El kit de TARV que se entrega al paciente incluye la hoja informativa correspondiente, aprobada por el Servicio de Farmacia:

Intranet: Id. 4894 Imprenta: AUD-SL-400	MEDICACIÓN A: profilaxis post-exposición en pacientes adultos y adolescentes (mayores de 12 años).
Intranet: Id. 4895 Imprenta: AUD-SL-492	MEDICACIÓN B: profilaxis post-exposición pacientes en gestación o polimedicados con posibilidad de interacciones farmacológicas.

Ante la imposibilidad de descartar interacciones o tratarse de un paciente polimedicado la pauta aconsejada es: Truvada (TDF/FTC) 1 comp/24 h + Isentress (RAL) 1 comp/12 h como régimen de elección.

11. Anexo 2. Consentimiento informado



[Consentimiento informado: profilaxis post-exposicional virus de la inmunodeficiencia humana \(VIH\).](#)

Son Espases		Consentiment informat		Servei de Salut	
PROFILAXI POSTEXPOSICIÓN AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)		PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)		Llinatges _____	
				Nom _____	
				NUM. HISTORIA CLÍNICA	
BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
La finalitat del tractament profilàctic postexposició al virus del VIH és disminuir el risc de seroconversió. El tractament amb retroviraus ha de començar, si és possible, durant les primeres hores posteriors a l'accident biològic (entre 4 i 6 hores), ja que una vegada passades 72 hores de l'exposició no és efectiu. La durada del tractament és de 28 dies.		La finalitat del tractament profilàctic postexposició al virus del VIH és disminuir el risc de seroconversió. El tractament amb retroviraus ha de començar, si és possible, durant les primeres hores posteriors a l'accident biològic (entre 4 i 6 hores), ja que passades 48 hores de la exposició no és efectiu. La durada del tractament és de 28 dies.			
Hi ha tres tipus de tractament: a) bàsic, b) per a gestants o polimedicats amb possibilitat d'interaccions farmacològiques i c) per als pacients amb insuficiència renal.		Existen tres tipus de tractament: a) bàsic, b) para gestantes o polimedicados con posibilidad de interacciones farmacológicas y c) para los pacientes con insuficiencia renal.			
Durant el tractament i el seguiment s'efectuaran una sèrie d'anàlisis de control.		Durante el tratamiento y el seguimiento se realizaran una serie de análisis de control.			
BENEFICIS QUE S'ESPEREN OBTENIR		BENEFICIOS QUE SE ESPERAN OBTENER			
Disminuir el risc de seroconversió.		Disminuir el riesgo de seroconversión.			
ALTERNATIVES		ALTERNATIVAS			
No hi ha altres alternatives terapèutiques.		No hay otras alternativas terapéuticas.			
CONTRAINDICACIONS		CONTRAINDICACIONES			
No hi ha contraindicacions.		No hay contraindicaciones.			
RISCS ESPECÍFICS DEL PROCEDIMENT		RIESGOS ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO			
Els beneficis del tractament superen els riscos potencials. Els efectes secundaris no solen ser greus i, normalment, es resolten en acabar el tractament: els més freqüents són astènia, vòmitis, diarrea, fatiga, mal de cap, insomni, maligres i, amb una freqüència menor, reaccions al·lèrgiques, anèmia i alteracions renals i hepàtiques.		Los beneficios del tratamiento superan los riesgos potenciales. Los efectos secundarios no suelen ser graves y, normalmente, se resuelve al finalizar el tratamiento: los más frecuentes son astenia, vómitos, diarrea, fatiga, dolor de cabeza, insomnio, malgria y, con menor frecuencia, reacciones alérgicas, anemia y alteraciones renales y hepáticas.			
PANDEMA DE COVID-19		PANDEMA DE COVID-19			
Us informem que s'han pres totes les mesures que actualment són considerades com les més apropiades per evitar contagi. Si en el curs del vostre tractament o intervenció desenvolupau la malaltia COVID-19, heu de saber que pot ser un risc per a la vostra salut. En aquests moments, es descomenxarà quina serà la durada de la situació actual.		Le informamos que se han adoptado todas las medidas que actualmente son consideradas como las más apropiadas para evitar los contagios. Si en el curso de su tratamiento o intervención usted desarrolla la enfermedad COVID-19, debe usted saber que ello puede constituir un riesgo para su salud. En estos momentos, se desconoce cuál va a ser la duración de la actual situación.			
RISCS PERSONALITZATS		RIESGOS PERSONALIZADOS			
Per les seves característiques, poden augmentar o aparèixer altres riscos o complicacions com:		Por sus características, pueden aumentar o aparecer otros riesgos o complicaciones como:			
.....				
SECRET PROFESSIONAL		SECRETO PROFESIONAL			
Us informem que l'Hospital i els qui intervinguin en qualsevol fase del tractament de les vostres dades estan obligats a guardar el secret professional (art. 5 de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals).		Le informamos de que el Hospital y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de sus datos están obligados a guardar el debido secreto profesional (art. 5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).			
DECLARACIONS		DECLARACIONES			
He entès les explicacions que m'han donat sobre aquest procediment i m'han aclarat tots els dubtes que he plantejat. Declaro, a més, que no he ocultat informació essencial sobre el meu cas, els meus hàbits o règims de vida que puguin ser rellevants per als metges que m'atendran.		He comprendido las explicaciones que me han dado sobre este procedimiento y me han aclarado todos los dudas que he planteado. Declaro, además, que no he ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o regímenes de vida que puedan ser relevantes para los médicos que me atienden.			
DON EL MEU CONSENTIMENT perquè em facin el procediment esmentat.		DOY MI CONSENTIMIENTO para que me realicen el citado procedimiento.			
Firma del pacient o del representant legal		Firma del metge		1	

Intranet: Id. 4954



12. Anexo 3. Algoritmo de inicio de la PPE al VHB no ocupacional

- El estado serológico de la persona expuesta (tras la vacunación o la infección previa/inmunización) es el principal factor de susceptibilidad del huésped.
- La primera dosis de vacunación se iniciará en el Servicio de Urgencias (donde se dispone de la medicación indicada), la segunda y la tercera dosis se pueden administrar al mes y a los 6 meses respectivamente en Atención Primaria, donde el paciente realizará el seguimiento.

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

Tabla 4. Algoritmo de decisión de administración de la PPE al VHB. Fuente: Documento de consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida /SEMES/GESIDA sobre Urgencias y VIH. 2012

- Tanto la vacuna VHB como la inmunoglobulina HB se administran por vía intramuscular, aunque ambas deben ser administradas en diferentes localizaciones a la mayor brevedad posible tras el contacto.
- Dosis de IgVHB: 0,06 ml/kg (12-20 ul/kg)



13. Bibliografía

1. Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV—2016 - Centers for Disease Control and Prevention DHHS (<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>)
2. Documento de Consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre sida. Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. (Marzo 2015) (<http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf>)
3. ECDC. Evaluating HIV treatment as Prevention in the European Context. Technical Report, 2012.a
4. Documento de consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA /SEMES/GESIDA sobre Urgencias y VIH, 2012. <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2012/gesidadcyrc2012-DocumentoConsensoUrgVIH.pdf>
5. Documento de consenso sobre infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Grupo de trabajo sobre ITS (grupo de centros de atención a infecciones de transmisión sexual, coordinación Instituto de Salud Carlos III y Plan Nacional para el SIDA) Madrid.2011.
6. EACS 3European AIDS Clinical Society EACS Guidelines 10.0 ART section • https://www.eacsociety.org/media/guidelines-10.0_final_2_2.pdf
- 7- Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. Lancet 2019; 393: 2428–38