CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

RESOLUCION 1703/2003
SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

Aprobación de las recomendaciones para la profilaxis post-exposición de accidentes laborales y no laborales, para hospitales y centros de salud pertenecientes al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
del 26/08/2003; Boletín Oficial 21/11/2003.

Visto el Decreto N° 1.981/GCBA/01 y el Decreto N° 2002/GCBA/2000, donde se plantea que la Coordinación Sida tiene como responsabilidad primaria ejecutar las acciones necesarias para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral en materia de Sida; y
Considerando:
Que, el control de la epidemia de VIH/Sida hace necesario incrementar al máximo las medidas de prevención tendientes a evitar nuevas infecciones, tanto en la población general como entre los integrantes del equipo de salud;
Que, la transmisión de patógenos a través de la sangre y otros fluidos corporales emergió como un importante riesgo ocupacional para los trabajadores de la salud;
Que, la tasa de transmisión de hepatitis B luego de una única exposición percutánea a sangre que contiene antígeno de superficie oscila entre el 6 y el 30%;
Que, el porcentaje de transmisión de hepatitis C luego de una exposición accidental con una fuente positiva es de 1,8%;
Que, si bien el 99,7% de las exposiciones laborales al VIH no resultan en una infección, todo accidente genera una situación de ansiedad tanto a los directamente involucrados como a sus compañeros de trabajo;
Que, las prevalencias de VIH-Sida y Hepatitis B y C en la población general implican riesgos de transmisión de estas infecciones por accidentes fuera del ámbito laboral;
Que, la aparición de nuevas tecnologías (medicamentos y procedimientos) y de nuevos conceptos fisiopatológicos hace necesaria la publicación y difusión de dichas recomendaciones;
Que, los éxitos de las nuevas formas terapéuticas determinan la aparición de nuevos desafíos y planteos bioéticos;
Por ello, y en uso de las facultades que le son propias; el Secretario de Salud, resuelve:

Artículo 1° - Apruébanse las "Recomendaciones para la profilaxis post-exposición de accidentes laborales y no laborales" que se encuentran como anexo a esta Resolución.
Art. 2° - La Secretaría de Salud, a través de la Coordinación de Sida arbitrará las medidas pertinentes a fin de que dichas recomendaciones sean difundidas en todos los hospitales y centros de salud pertenecientes al ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires como así también entre las instituciones del ámbito privado.
Art. 3° - Comuníquesde, etc.
Stern.

Anexo
RECOMENDACIONES PARA LA PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN EN ACCIDENTES LABORALES Y NO LABORALES

Contenidos:

I - Introducción.
II - Profilaxis post-exposición laboral. Evaluación inicial.
III - Registros (Ficha de accidente laboral).
IV - Tratamientos.
V - Conductas a seguir de acuerdo a la categorización de la exposición.
VI - Seguimiento.
VII - Profilaxis post-exposición no laboral.
Bibliografía.

Redacción
Dra. Sandra Aronson
Dra. Adriana Durán
Supervisión
Dr. Jorge Benetucci
Dr. Héctor Pérez
Dra. Rosa Bologna
Bioq. María Belén Bouzas
Dr. Roberto Hirsch

I - Introducción

En los últimos años, la transmisión de patógenos a través de la sangre emergió como un importante riesgo ocupacional para los trabajadores de la salud. La información de estas transmisiones ha sido obtenida de diversas fuentes, que incluyen reportes de casos individuales, programas de vigilancia y estudios epidemiológicos. El conocimiento del mecanismo de transmisión y el tipo de exposición resultan sumamente importantes para el desarrollo de estrategias de prevención.

Los determinantes del riesgo de transmisión ocupacional incluyen: la prevalencia de infección en la población y la naturaleza y frecuencia del contacto con sangre u otros fluidos de un paciente infectado. Entre otros factores a tener en cuenta están las características del paciente fuente (por ejemplo, títulos de carga viral), el tipo de injuria (por ejemplo, cantidad de sangre o fluido transferido durante la exposición) y el estado serológico del trabajador de la salud (por ejemplo, vacunación para hepatitis B). Estos factores son conocidos a través de estudios de seroprevalencia, estudios prospectivos sobre trabajadores de la salud luego de haber sufrido una exposición y estudios observacionales.

Debe insistirse en que la prevención de los accidentes es el método más efectivo para disminuir la transmisión; esto se logra a través de la aplicación de las precauciones universales, de dispositivos más seguros para realizar procedimientos invasivos, educación del personal y la devolución de los resultados de los estudios de seguimiento locales.

La tasa de transmisión de hepatitis B luego de una única exposición percutánea a sangre que contiene antígeno de superficie para hepatitis B (HBsAg) oscila entre el 37 y 68% dependiendo de la ausencia o presencia de antígeno e (HBeAg). Según los datos reportados por el Center for Diseases Control and Prevention (en adelante, CDC), se estima que cada año cerca de 12.000 trabajadores de la salud se infectan por virus de hepatitis B por exposición ocupacional; entre 700 y 1.200 se convierten en portadores crónicos del virus y alrededor de 250 mueren como consecuencia de dicha infección.

Con respecto a la hepatitis C, el porcentaje de transmisión luego de una exposición accidental con una fuente positiva es de 1,8% (rango 0%-7%) y un estudio indica que la transmisión ocurre sólo cuando el accidente se produce con una aguja hueca. Es rara la transmisión secundaria a exposición mucosa y no se ha documentado exposición secundaria al contacto cutáneo.

Por otro lado, la tasa de transmisión para HIV ha sido establecida en 0,3% para exposición percutánea y 0,09% para el contacto mucoso. Hasta junio de 2000, se identificaron 56 casos documentados y 138 posibles.

Si bien aproximadamente el 99,7% de las exposiciones laborales al virus no resultan en una infección, todo accidente genera una situación de ansiedad tanto a los directamente involucrados como a sus compañeros del trabajo.

Junto a la profilaxis de la transmisión ocupacional, se incluyen en este documento, indicaciones referidas a accidentes no laborales. La rotura del preservativo durante las relaciones sexuales de parejas serodiscordantes, el uso compartido de material de inyección entre usuarios de drogas, los accidentes punzocortantes fuera del ámbito laboral (con agujas mal descartadas en lugares públicos) y las violaciones son circunstancias en las que se recomienda también la aplicación de profilaxis post-exposición (en adelante PPE).

II - Profilaxis post-exposición laboral. Evaluación inicial

Se deberán evaluar los siguientes puntos para determinar la conducta ante la exposición:

Tipo de Exposición	Fluido contaminante	Status serológico de la fuente	Susceptibilidad del accidentado
☐	☐	☐	☐
Percutánea Mucosa Piel sana	Sangre Otros fluidos	HbsAg HCV HIV	Vacunal HV Ac anti HBs HCV y HIV basal

Evaluación en base al tipo de exposición y fluido involucrado.

La exposición debe ser evaluada, con respecto al riesgo potencial de transmitir infección por HIV, HBV y HCV en base al fluido involucrado, la vía y severidad de la exposición.

Se consideran contaminantes: sangre, semen, secreciones vaginales y cualquier otro fluido con sangre visible. Los líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, pericárdico, ascítico y amniótico deben ser considerados como potencialmente contaminantes. Orina, lágrimas, saliva, sudor, vómitos y materia fecal no deben ser considerados contaminantes a menos que sean visiblemente hemorrágicos.

La exposición por vía percutánea (a través de aguja, bisturí u otro elemento cortante) o el contacto a través de mucosas, son situaciones que deben ser evaluadas por el riesgo potencial de transmisión.

La exposición de piel implica una situación de riesgo cuando la zona expuesta no está indemne (dermatitis, heridas abiertas, abrasiones, etc.). El riesgo es mayor si la superficie expuesta es extensa y la cantidad de fluido que entra en contacto con ella es abundante.

Sobre esta base, las exposiciones pueden dividirse en tres grupos:

a. Exposición de riesgo mayor: percutánea profunda, con sangre visible, con aguja hueca que fue utilizada para procedimiento en el interior de arteria o vena del paciente.

b. Exposición de riesgo menor: toda la que no cumple con los requisitos descriptos para ser considerada de riesgo mayor o nulo.

c. Exposición de riesgo nulo: la fuente es negativa, el fluido es no contaminante y/o la zona expuesta es piel sana.

Estado serológico de la fuente

El estado serológico de la fuente, a la cual el personal ha estado expuesto, es de vital importancia para definir la conducta a seguir, ya que de esto depende la necesidad o no de iniciar tratamiento de profilaxis post-exposición.

Debe evaluarse la serología para HIV, HBV y HCV.

Existen cuatro situaciones posibles:

a. fuente positiva.

b. fuente negativa.

c. fuente desconocida al momento del accidente (disponible para testeo).

d. fuente definitivamente desconocida (no disponible para testeo).

Si la serología de la fuente fuese negativa, no serían necesarios desde el punto de vista profiláctico, la evaluación basal ni el seguimiento posterior del personal expuesto, sin embargo por razones médico legales es conveniente realizar siempre la evaluación basal o si por alguna razón fundamentada se sospecha de infección aguda o reciente en período de ventana serológica.

Si el status serológico de la fuente es desconocido, ésta debe ser considerada positiva hasta tanto se confirme lo contrario. Datos locales muestran que en la mayoría de los accidentes reportados, la serología de la fuente es inicialmente desconocida pero se confirmará como

definitivamente negativa en el análisis posterior.
Dado que la indicación de PPE debe cumplirse, idealmente, dentro de las 6 horas de ocurrido el accidente para HIV y de las 72 horas para HBV, la implementación de un sistema de testeo inmediato, es crucial para definir la conducta a seguir.
Cuanto antes se defina la serología de la fuente, menos indicaciones empíricas de profilaxis serán necesarias y por períodos de tiempo más cortos.
A tal fin se sugieren dos alternativas disponibles en nuestro medio:
1. Test rápidos para detección de HIV. La existencia de test rápidos que tienen igual sensibilidad y especificidad que los test de ELISA para el HIV, permite conocer rápidamente el estado serológico de la fuente y, por lo tanto, iniciar precozmente el tratamiento si fuera necesario. Además, es costo/efectivo.
Todo resultado de test rápido, ya sea positivo o negativo, deberá ser estudiado con el algoritmo convencional de diagnóstico.
2. Implementar sistemas en cada Hospital para procesar la muestra de la fuente para disponer de los resultados dentro de las 24 horas de ocurrido el accidente.
Como se comprenderá, esta táctica implica menor consumo de antirretrovirales y de gammaglobulina anti HBV con la consiguiente reducción de costos y toxicidad asociada. La serología a solicitar en la fuente deberá ser:
HIV (ELISA).
HBsAg.
Anti HCV (ELISA).
Susceptibilidad del accidentado.
Siempre deberá determinarse el status serológico basal del personal expuesto y de acuerdo a la serología de la fuente se plantean los siguientes escenarios:

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 1.703/SS/2003 (continuación)

Serología de la fuente	Vacunación HBV expuesto	Serología a pedir en expuesto
HIV +	—	HIV (ELISA)
HCV +	—	HCV (ELISA)
HBsAg –	Vacunado, con Ac. anti HBsAg = o superior a 10 U	No pedir serología p/HBV
BsAg –	Vacunado, con anti HBsAg desconocido	Ac anti HBsAg **Administrar una dosis de refuerzo de la vacuna si hay demora en el dosaje de Ac**
HBsAg –	Negativa	IgM y IgG Anti HBc y HBsAg **Administrar gamma globulina específica + vacuna**

Recordar que:
Aun cuando la serología de la fuente fuese negativa, existen disposiciones legales que exigen realizar la determinación del estado basal en el personal expuesto.
Si la fuente es definitivamente desconocida, deberá procederse como si fuera positiva.
Debe investigarse la necesidad de la profilaxis del Tétanos ante toda herida corto punzante.
III - Registros (Ficha de accidente laboral)
En todos los casos de accidentes reportados deberán registrarse los siguientes datos:
Datos demográficos del personal expuesto y de la fuente.
Datos laborales relevantes del personal expuesto (cargo, servicio al que pertenece).
Fecha, hora y lugar donde ocurrió el accidente.
Detalles del procedimiento durante el cual ocurrió el accidente (extracción de muestra, descarte de agujas, curación, etc.).
Detalles de la zona expuesta y del tipo y cantidad del fluido contaminante involucrado.
Descripción del material de protección utilizado de acuerdo a las normas de bioseguridad implementadas (guantes, antiparras, etc.).
Status serológico de la fuente.
En caso de fuente HIV positiva conocida, historia de situación virológica, inmunológica, tratamiento antirretroviral recibido y eventuales estudios de resistencia.
Estado del personal expuesto con respecto a vacunación anti HBV y títulos de Ac anti

HBsAg. Vacunación antitetánica reciente.
En el personal femenino expuesto, situación con respecto a embarazo y lactancia.
Historia de patologías previas que pudieran agravarse por toxicidad por antirretrovirales (litiasis renal, anemia, etc.).
Serología basal de la fuente, cuando sea necesario.
Profilaxis post-exposición indicada, tiempo de inicio y duración.
Seguimiento serológico del personal expuesto hasta alta definitiva.
Efectos secundarios asociados a la profilaxis.
IV - Tratamientos
Existen dos regímenes para la profilaxis post-exposición de acuerdo a la magnitud del riesgo de la exposición:
Básico
Incluye dos ITRN: AZT 600 mg/día dividido en dos o tres tomas + 3TC 150 mg dos veces al día por vía oral.
Ventajas: Es bien tolerado. Escasos efectos adversos. Es un régimen seguro para indicar en mujeres embarazadas.
Alternativas de regímenes básicos:
En general son peor tolerados y tienen mayores efectos adversos.
d4t 40 mg dos veces al día + 3TC 150 mg dos veces por día. Si el paciente pesa menos de 60 kg d4t 30 mg dos veces por día.
d4t 40 mg dos veces al día + ddI 400 mg/día -lejos de las comidas. Si el paciente pesa menos de 60 kg d4t 30 mg dos veces por día.
Expandido
Régimen básico + IP (IDV o NFV) o ITRNN (EFV) o ITRN (ABC)
Indinavir: 800 mg cada 8 horas, lejos de las comidas.
Nelfinavir: 750 mg tres veces por día o 1.250 mg dos veces por día.
Efavirenz: 600 mg/día al acostarse.
Abacavir: 300 mg dos veces por día.
En las guías del Manejo post-exposición ocupacional publicadas por el CDC en 1998, la primera elección era AZT y 3TC debido a la existencia de la formulación en un comprimido.
De acuerdo a datos recientes que sugieren mutaciones asociadas a resistencia al AZT y 3TC en ciertas áreas, algunos especialistas prefieren elegir otros ITRN basados en su experiencia en el manejo de pacientes HIV reactivos o regímenes que se adecúen a los patrones de resistencia locales.
La suma de una tercera droga para la PPE en las exposiciones de alto riesgo está basada en que la combinación de drogas demostró ser más efectiva para bajar la carga viral en pacientes HIV reactivos.
Se desaconseja el uso de nevirapina (NVP) para PPE debido al reporte de falla hepática aguda.
El efavirenz (EFV), otro ITRNN, ha sido aprobado para su uso por la FDA (Food & Drugs Administration). A pesar de la frecuencia de efectos adversos con ITRNN, dichos agentes pueden ser considerados para su uso en regímenes expandidos de PPE, especialmente cuando se conoce o sospecha la resistencia a los inhibidores de la proteasa (IP) del paciente fuente.
El abacavir debe ser indicado con precaución como una tercera droga teniendo en cuenta la aparición de síndrome de hipersensibilidad como efecto adverso a veces fatal.
Toxicidad e interacciones de las drogas antirretrovirales
Un punto importante a considerar en PPE es asegurar la adherencia para completar las 4 semanas de tratamiento. Así, es relevante el perfil de toxicidad de las drogas ARV que incluye la frecuencia de aparición, la severidad, la duración y la reversibilidad de los síntomas. Todas las drogas ARV han presentado efectos adversos aunque éstos fueron más frecuentes en personas infectadas con HIV y enfermedad avanzada, y se desconocen los mismos en los no infectados. Los efectos adversos más comunes asociados con ITRN son principalmente gastrointestinales (náuseas o diarrea).

Todos los IP presentan interacciones medicamentosas cuando se usan con ciertas drogas por lo que requieren una cuidadosa evaluación de la medicación concomitante. El nelfinavir (NFV) puede acelerar el metabolismo de ciertas drogas incluyendo los anticonceptivos orales, por lo que se recomienda el uso de un método anticonceptivo adicional o alternativo.
El uso de IP ha sido asociado con la aparición o exacerbación de diabetes mellitus, hiperglucemia y cetoacidosis diabética. La nefrolitiasis ha sido asociada a indinavir (IDV); aunque puede disminuirse la frecuencia de este efecto con la ingesta de por lo menos un litro y medio de líquidos por día. El nelfinavir (NFV) ha sido asociado con el desarrollo de diarrea que responde al uso de antiespasmódicos por lo que, si fuera necesario, se puede prescribir en conjunto.
Entre los trabajadores de la salud que recibieron una combinación para PPE (usualmente AZT y 3TC con o sin IP), alrededor del 50-90% reportó efectos adversos subjetivos y entre el 24 y el 36% debió discontinuar la medicación. Algunos estudios han demostrado que los efectos adversos y la discontinuación son más frecuentes entre los trabajadores a los que se les indican regímenes expandidos (tres drogas) comparados con los que reciben el régimen básico.
V - Conductas a seguir de acuerdo a la categorización de la exposición
A continuación se enumeran las conductas a seguir para la profilaxis de la transmisión de HIV y HBV, según tipo de exposición.
Profilaxis de Transmisión de HIV

Tipo de exposición	Serología de la fuente	Conducta inicial
Riesgo mayor	Positiva	Tratamiento con 3 drogas
Riesgo mayor	Negativa	No tratamiento
Riesgo mayor	Desconocida	Tratamiento con 3 drogas
Riesgo menor	Positiva	Tratamiento con 2 drogas
Riesgo menor	Negativa	No tratamiento
Riesgo menor	Desconocida	Tratamiento con 2 drogas
Riesgo nulo	Independiente	No tratamiento

Duración del tratamiento:
Una vez decidido el inicio del tratamiento, su duración dependerá del status serológico definitivo de la fuente:
Fuente definitivamente positiva: tratamiento por 30 días.
Fuente definitivamente desconocida: tratamiento por 30 días.
Fuente inicialmente desconocida: se mantendrá el tratamiento inicial hasta obtener la serología definitiva de la fuente. Si ésta es negativa, debe suspenderse de inmediato el tratamiento antirretroviral.
Profilaxis de Transmisión de HBV

Serología de la fuente	Vacunación en el expuesto*	Conducta
Positiva	Vacunado respondedor	Nada
Positiva	Vacunado no respondedor	IGHB **

* Vacunado no respondedor: títulos de anti HBsAg > 10 UI
Vacunado respondedor: títulos de anti HBsAg << 10 UI
** Inmunoglobulina anti hepatitis B
*** La conducta se establece para la fuente definitivamente desconocida. En las fuentes inicialmente desconocidas pero disponibles para evaluar, deben esperarse los resultados antes de indicar la profilaxis (recordar que el margen para indicar IGHB ante una fuente positiva es de 72 horas)

Profilaxis de transmisión de HCV

Por el momento no se dispone de tratamiento profiláctico efectivo post-exposición a HCV.

Se recomienda el seguimiento del personal expuesto durante 6 meses para la detección precoz de conversión serológica aunque no hay evidencia de beneficio con la instalación temprana de tratamiento (15 a 25% de las hepatitis agudas por HCV resuelven espontáneamente sin progresar a hepatitis crónica).

VI - Seguimiento

Seguimiento serológico post-exposición

Se recomienda seguimiento posterior con test de ELISA para HIV durante, por lo menos 6 meses (ejemplo: 6 semanas, 12 semanas, y 6 meses).

A pesar de los reportes de seroconversión tardía, la extensión de los controles hasta los 12 meses es discutible y se recomienda individualizar su indicación.

Se recomienda el seguimiento extendido con control a los 12 meses para el personal expuesto a fuente con co-infección de HIV y HCV.

Se debe testear con serología para HIV a todo el personal expuesto que presente cuadro clínico compatible con síndrome retroviral agudo, independientemente del intervalo post-exposición.

En todos los casos se indicará monitoreo serológico con test de ELISA para HIV.

El uso rutinario de test directos (antígeno p24 o HIV RNA) no está recomendado debido a la posibilidad no despreciable de falsos positivos.

Monitoreo de toxicidad a antirretrovirales

Si se ha indicado tratamiento antirretroviral como profilaxis post-exposición, éste debe ser monitoreado en forma basal y a las dos semanas.

Se recomienda monitoreo de hemograma, hepatograma y función renal.

Si el tratamiento incluye indinavir, debe controlarse la presencia de cristaluria, hematuria y anemia hemolítica. Se requerirá, además, la evaluación clínica del personal expuesto, en búsqueda de síntomas de toxicidad (rash, fiebre, intolerancia digestiva, vómitos, diarrea, dolor lumbar u otros síntomas urinarios).

El manejo de los síntomas de toxicidad es de vital importancia para asegurar el cumplimiento del tratamiento durante el tiempo recomendado.

VII - Profilaxis post-exposición no laboral

Se incluyen en esta sección las exposiciones al HIV producto de relaciones sexuales, uso de drogas inyectables, accidentes punzo-cortantes fuera del ámbito laboral (por ejemplo: punzocortante con agujas mal descartadas en lugares públicos) y violaciones.

Exposición No Laboral

Sexual		Punzocortante	
Asalto sexual (violación)	Parejas Serodiscordantes	Agujas mal descartadas	Compartir equipo de inyección

El riesgo de transmisión luego de una única exposición a una fuente HIV positiva varía según el tipo de exposición, como se detalla más adelante.

Algunos elementos pueden aumentar el riesgo de transmisión: una alta carga viral de la fuente, la presencia de enfermedades de transmisión sexual, enfermedad mucosa o úlceras bucales luego de una relación de sexo oral con eyaculación, tanto en la fuente como en el expuesto.

Basados en el conocimiento de la patogénesis del HIV y el posible beneficio de los antirretrovirales para prevenir la transmisión, se postula la administración de PPE en estas

circunstancias. Para evaluar la eficacia de la PPE se necesitarán mayores datos de estudios epidemiológicos y de seguimiento.
Se considera exposición de alto riesgo:
Relación anal receptiva no protegida.
Relación vaginal receptiva no protegida.
Relación anal insertiva no protegida.
Relación vaginal insertiva no protegida.
Compartir equipos de inyección (agujas, jeringas, recipientes, filtros, etc.).
Exposición mucosa o de piel no intacta a sangre infectada con HIV.
Sexo oral no protegido con eyaculación si la fuente es HIV positiva.
Se considera exposición de bajo riesgo:
Exposición de mucosas o piel no intacta a secreciones de fuente HIV positiva.
Para realizar la indicación de PPE se deben tener en cuenta:
Estado serológico de la fuente.
Tipo de exposición.
Tiempo transcurrido al momento de la consulta.
iIndicación de PPE

Indicación de PPE

Estado serológico de la fuente		Tipo de exposición		Tiempo transcurrido		
Conocido	Desconocido	Bajo riesgo	Alto riesgo	Menos de 72 hrs.	Hasta 1 semana	Más de una semana

Si la fuente es HIV desconocida y el accidente es de bajo riesgo se ofrecerá al consultante tratamiento de dos ITRN (AZT + 3TC).
Si la fuente es HIV desconocida y el accidente es de alto riesgo se le recomendarán dos ITRN (AZT + 3TC).
Si la fuente es HIV positiva y el accidente es de bajo riesgo se le recomendarán dos ITRN (AZT + 3TC).
Si la fuente es HIV positiva, la exposición es de alto riesgo y el paciente tiene una enfermedad avanzada, alta carga viral o un test que muestre resistencia a dos clases distintas de drogas se le recomendarán tres drogas (AZT+ 3TC + IP o ITRNN).
Con respecto a la elección de las drogas, dosis e intervalos de administración, remitirse a los datos presentados para la profilaxis post-exposición laboral.
Debido a que la efectividad de la PPE disminuye a medida que transcurre el tiempo se deberá evaluar la indicación de la misma transcurridas más de 72 hs.
Se deberá alertar al accidentado sobre:
La importancia del cumplimiento de la indicación del tratamiento ARV por un período de 30 días y datos sobre su toxicidad.
Los reportes de fallas de la PPE.
Los posibles signos y síntomas de la seroconversión.
La posibilidad de desarrollar resistencia durante la administración de la PPE, si el individuo finalmente desarrolla la infección.
La importancia de cumplir los cuidados durante el período de seguimiento (sexo seguro, uso de métodos anticonceptivos) y
La profilaxis de otras ETS, en caso de violación.
Seguimiento
Serología basal para HIV, repetir a las 6 semanas y a los 6 meses.
Laboratorio, incluyendo función hepática a las 2 y 4 semanas para evaluar los efectos adversos de las drogas (toxicidad, anemia, etc.).
Profilaxis de otras ETS en el caso de violación
Ceftriaxone 125 mg IM única dosis o ciprofloxacina 500 mg vía oral única dosis.
Metronidazol 2 gr vía oral única dosis.
Azitromicina 1gr vía oral única dosis o Doxiciclina 100 mg vía oral dos veces por día durante 7 días.
En caso de violación deberán realizarse también los siguientes estudios serológicos:
Serología basal para Sífilis (FTA abs) a los 7 días y VDRL a las 6 semanas.

Serología basal para HBV (Ig G anti Core y HBsAg) y a los 3 y 6 meses.
Serología basal para HCV y a los 3 y 6 meses.

Bibliografía

CDC. Update U.S. Public Health Service Guidelines for Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR 2001;50 (No. RR-11)

CDC. Public Health Service statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine postexposure use. MMWR 1990;39 (No. RR-1).

CDC. Update: provisional Public Health Service recommendations for chemoprophylaxis after occupational exposure to HIV. MMWR 1996;45:468-72.

CDC. Public Health Service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR 1998;47 (No. RR-7).

Wang SA, Panlilio AL, Doi PA, et al. Experience of healthcare workers taking postexposure prophylaxis after occupational HIV exposures: findings of the HIV postexposure prophylaxis registry. Infect Control Hosp. Epidemiol 2000;21:780-5.

CDC. Hepatitis B virus: a comprehensive strategy for eliminating transmission in the United States through universal childhood vaccination: recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR 1991;40 (No. RR-13).

CDC. Recommendations for the prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. MMWR 1998;47 (No. RR-19).

CDC. Management of possible sexual, injecting-drug-use, or other non occupational exposure to HIV, including considerations related to antiretroviral therapy: Public Health Service statement. MMWR 1998;47 (No. RR-17).

CDC. Recommendations of the U.S. Public Health Service Task Force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus. MMWR 1994;43 (No. RR-11).

CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR 2002; 51 (No. RR-6).

Sociedad Argentina de Infectología (SADI) Recomendaciones sobre tratamiento antirretroviral, 2002.

*Ley N° 23.798, Decreto N° 1.244/91 y Resolución de la Secretaría de Salud N° 228/93.

*Ley N° 24.455 y Decreto Reglamentario.

*Ley N° 24.557.

*Ley N° 20.744.

LEGISALUD ARGENTINA

Copyright © BIREME Contáctenos