

# Recomendaciones para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH

Grupo de Consenso Español sobre Profilaxis Postexposición No Ocupacional al VIH

*Coordinadores:* Jesús Almeda, Jordi Casabona (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida a Catalunya [CEESCAT] Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona).

*Grupo redactor:* Alejandro Allepuz (Hospital Vall d'Hebron, Barcelona); Felipe García-Alcaide (Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Barcelona), y Jorge del Romero (Centro Sanitario Sandoval, Madrid) en representación de GESIDA, y Cristina Tural (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona).

*Grupo de consenso:* Joan Colom (Direcció General de Drogodependències i Sida, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona), Ferrán Bolao (Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat), Magda Campins (Hospital Vall d'Hebron, Barcelona), Àngela Domínguez (Direcció General de Salut Pública, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, Barcelona), Lluís Force (Hospital de Mataró, Mataró), Albert Giménez (Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, Barcelona) y Luis Guerra-Romero (Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid).

**A pesar de la falta de evidencia sobre la eventual eficacia y efectividad de la profilaxis postexposición no nosocomial, pero teniendo en cuenta su plausibilidad biológica, el empleo de fármacos antirretrovirales (ARV) en determinadas exposiciones accidentales o esporádicas se ha empezado a considerar una práctica clínica habitual, para evitar el desarrollo de la infección.**

**Estudios previos realizados en España han puesto de manifiesto tanto la demanda como la dispensación de ARV como profilaxis postexposición y, sobre todo, la diversidad e inconsistencia de los criterios utilizados. En este contexto, el Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya (CEESCAT) (Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya) en colaboración con el Plan Nacional sobre el Sida y Grupo de estudio de Sida (GESIDA) promovió en abril del 2000 la creación de un grupo de trabajo para la elaboración de unas recomendaciones de profilaxis postexposición al VIH fuera del contexto sanitario. Las recomendaciones se han realizado teniendo en cuenta el carácter excepcional de la exposición, el tiempo transcurrido desde ésta, así como la valoración del riesgo de infección según el tipo de exposición y la información disponible de la fuente de contagio. Las recomendaciones incorporan además las medidas de actuación inmediata necesarias, así como las medidas de prevención y seguimiento clínico necesarias tanto para el VIH como para otros agentes infecciosos. Toda pauta de profilaxis postexposición se ha de iniciar antes de transcurridas 72 h de la exposición, administrándose las dosis diarias adecuadas durante 4 semanas de dos inhibidores de la transcriptasa inversa nucleosídicos (ITIN) y un inhibidor de la proteasa (IP), o 2 ITIN y un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleosídico (ITINN), teniendo en cuenta la situación**

**farmacológica y clínica de la persona fuente. Estas recomendaciones deberán actualizarse periódicamente.**

**Palabras clave:** Quimioprofilaxis postexposición. Recomendaciones. Guía de actuación. Transmisión no ocupacional. Salud pública. Población general. UDVP. Exposición sexual.

Recommendations for non-occupational postexposure prophylaxis for HIV

**Evidence is lacking on the possible efficacy and effectiveness of non-occupational postexposure prophylaxis (PEP). However, because of its biological plausibility, the use of antiretroviral (ARV) drugs to prevent the development of infection in certain cases of accidental or sporadic exposure has begun to be considered as common clinical practice. Previous studies performed in Spain have demonstrated both the demand and the prescription of ARV as PEP and especially the diversity and inconsistency in the criteria used. In this context, in April of 2000 the Centre for Epidemiological Studies on AIDS of Catalonia (CEESCAT) (Department of Health and Social Security of the Autonomous Government of Catalonia), in collaboration with the National AIDS Plan and the AIDS Study Group (GESIDA), promoted the creation of a working group for the drafting of recommendations for PEP against HIV outside the occupational health context. The recommendations have been made bearing in mind the exceptional character of the exposure, the time elapsed since exposure, as well as evaluation of the risk of infection according to the type of exposure and the information available on the source of infection. In addition, the recommendations include the immediate measures necessary, as well as the preventive measures and clinical follow-up required both for HIV and for other infectious agents. All PEP regimens should be started within 72 hours of exposure and appropriate daily doses of two nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) and a protease**

Correspondencia: Dr. J. Almeda.  
Centre de Estudis Epidemiològics sobre la Sida a Catalunya.  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.  
Carretera de Canyet, s/n. 08916 Badalona.  
Correo electrónico: jalmeda@ceescat.hugtip.scs.es

Manuscrito recibido el 21-05-2002; aceptado el 11-07-2002.

**inhibitor (PI), or two NRTIs and a non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTIs), should be administered for four weeks, bearing in mind the pharmacological and clinical situation of the source person. These recommendations should be updated periodically.**

**Key words:** Postexposure chemoprophylaxis.

**Recommendations. Guidelines. Non-occupational transmission. Public health. General population. IDUs. Sexual exposure.**

## Introducción

Las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituyen un importante problema de salud pública, reflejado tanto en el Plan Nacional de Sida<sup>1</sup> como en el Pla de Salut de Catalunya 1999-2001<sup>2</sup>.

Los métodos más efectivos para prevenir la infección por el VIH son aquellos que evitan la exposición al virus (*prevención primaria*). Estas medidas preventivas incluyen: abstinencia sexual, mantener relaciones sexuales sólo con personas no infectadas por el VIH, utilizar correctamente el preservativo, abstinencia de la inyección de drogas por vía parenteral y uso de material estéril en la inyección de estas drogas.

No obstante, como medida de prevención secundaria, y con el objetivo de evitar el desarrollo de la infección, se ha propuesto también emplear fármacos antirretrovirales en las exposiciones accidentales al VIH. Para la exposición ocupacional en el medio sanitario –entendida como la exposición al VIH por parte de un profesional sanitario durante el ejercicio de su actividad laboral– existen guías de actuación o recomendaciones, elaboradas por organismos oficiales y entidades profesionales<sup>3-7</sup>.

Paralelamente, la exposición no ocupacional se definiría como aquella situación en la que se produce contacto con sangre y/o otros líquidos biológicos de manera accidental, incluso habiendo tomado medidas de prevención para ello, por vía sexual o parenteral fuera del ámbito estrictamente sanitario. En este caso, dada la plausibilidad biológica, los datos sobre la eficacia y efectividad de la profilaxis postexposición en la transmisión vertical<sup>8</sup>, en el ámbito sanitario<sup>9</sup> y en modelos animales<sup>10,11</sup>, algunos autores han sugerido también usar la profilaxis postexposición en situaciones muy específicas<sup>1,12</sup>. En cualquier caso y dada la falta de evidencias claras sobre el riesgo/beneficio de esta práctica<sup>1,6</sup>, las recomendaciones oficiales son escasas y poco consensuadas.

El Consejo Asesor Clínico del Plan Nacional sobre el Sida ha revisado este tema, de forma no monográfica, en sus “Recomendaciones sobre el uso terapéutico y profiláctico de los antirretrovirales”<sup>6</sup> y algunos países como Francia<sup>13</sup>, Suiza<sup>14</sup>, Italia<sup>15,16</sup> o Estados Unidos<sup>17</sup> han elaborado pautas de actuación específicas. Existe una falta de información exhaustiva, tanto en España como en otros países de nuestro entorno, respecto a la demanda real de la profilaxis postexposición no nosocomial, que hace difícil evaluar las necesidades en el planeamiento asistencial de esta profilaxis. No obstante, los datos derivados hasta a hora de distintos registros europeos y norteamericanos sobre exposiciones al VIH demuestran que las demandas sobre exposiciones sexuales suponen un

potencial de uso importante de la profilaxis postexposición<sup>18-25</sup>.

Por todo ello, dada la falta de datos sobre la utilización de la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH y con el objetivo de documentar la situación en nuestro medio, el Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida a Catalunya (CEESCAT) ha realizado un estudio de conocimiento, actitudes y conductas entre el personal sanitario y los grupos con prácticas de riesgo para el VIH<sup>26</sup> y ha destacado que alrededor del 80% de los profesionales que habitualmente tratan pacientes infectados por VIH se han enfrentado a estas situaciones, siendo las más frecuentes los pinchazos accidentales en la calle y las relaciones sexuales no protegidas con personas infectadas o de estado serológico desconocido. Además, se constató que ante distintas situaciones de riesgo planteadas de forma hipotética, no existía un acuerdo sobre cuándo dar la profilaxis y qué fármacos administrar.

## Metodología

A pesar de la falta de evidencia sobre la eventual eficacia y efectividad de la profilaxis postexposición no nosocomial, pero teniendo en cuenta el grado de demanda y la falta de consenso existentes, el CEESCAT (Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya) en colaboración con el Plan Nacional de Sida (Ministerio de Sanidad y Consumo) y GESIDA (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) promovió en abril del 2000 la creación de un grupo de trabajo para la elaboración de una guía de actuación o recomendaciones en los casos de posibles exposiciones al VIH fuera del contexto sanitario. Este grupo ha sido formado por un equipo multidisciplinario que integra médicos clínicos, expertos en salud pública, epidemiólogos, pediatras y responsables de la administración sanitaria.

Las recomendaciones que se presentan en esta publicación han sido el fruto del trabajo del mencionado grupo, cuyo principal objetivo ha sido el de sugerir unas líneas de actuación para los distintos escenarios que, con relación a episodios de posible exposición al VIH, pueden ser susceptibles de recibir profilaxis postexposición. La última decisión va a recaer en el médico y el propio paciente, pero el hecho de proponer unas pautas de actuación consensuadas debería ayudar al profesional a tomar decisiones lo más homogéneas posible, de acuerdo con el grado de evidencia científica existente.

La profilaxis postexposición nunca debe de suplir a la prevención primaria del VIH y sólo debería considerarse en determinadas situaciones que se produzcan de forma esporádica. Además de la falta de datos en cuanto a la eficacia de los antirretrovirales en estos casos, hay que tener en cuenta los efectos secundarios que estos tratamientos comportan, la posibilidad del desarrollo de resistencias y la importancia de la adherencia del paciente a la terapia.

La implementación de estas pautas va a requerir también la correcta explicación de éstas a la opinión pública, la planificación de los recursos asistenciales que las van a ofrecer, así como la evaluación de su viabilidad y potencial efectividad. En este último sentido, el CEESCAT, a partir del mes de enero de 2001, coordina un proyecto de investigación financiado por la Comisión

Europea, para recoger de forma sistemática y homogénea información sobre la demanda y la oferta de profilaxis postexposición no nosocomial en 14 países de Europa, así como de la posible seroconversión de las personas expuestas.

## Objetivos

Los objetivos del presente documento dirigido a los profesionales sanitarios son:

1. Facilitar unas pautas de actuación consensuadas respecto al uso de la quimioprofilaxis postexposición y otras medidas, en caso de posible exposición accidental no ocupacional al VIH.

2. Describir el seguimiento adecuado de todos los individuos expuestos, tanto si se les administra quimioprofilaxis postexposición como si no.

## Fundamentos

El empleo de la zidovudina (AZT) para la profilaxis del VIH parece ser eficaz en el personal sanitario<sup>9</sup> y ha demostrado serlo para prevenir la transmisión vertical<sup>27</sup>. Sin embargo, no existe ningún estudio que demuestre su eficacia para exposiciones fuera del ámbito sanitario. A pesar de ello, podría considerarse el empleo de estas terapias en ciertas situaciones, puesto que los riesgos que implican algunas formas de exposición sexual o parenteral son como mínimo igual de altos que los que originan las exposiciones en el medio sanitario<sup>1,28-35</sup>.

Los datos provenientes de la investigación sobre los resultados de intervenciones preventivas tras exposiciones sexuales o parenterales de riesgo de transmisión del VIH no son concluyentes<sup>36</sup> y, además, parece difícil poder implementar un ensayo clínico controlado que pueda dar respuesta a estas cuestiones. Si se establece un paralelismo con la investigación de la profilaxis en el medio sanitario después de una exposición de riesgo, los resultados más robustos desde el punto de vista del diseño de investigación que se han obtenido sobre el efecto protector de la AZT provienen de un estudio de casos y controles en profesionales sanitarios que habían tenido una exposición percutánea a sangre procedente de pacientes VIH+. Actualmente, en esta situación ya no se emplea, obviamente, la profilaxis sólo con AZT, sino que se utilizan pautas profilácticas de combinación. La información disponible sobre esta profilaxis es, lógicamente, la que proveen los estudios de seguimiento los casos con accidentes sanitarios y del riesgo muy improbable de su seroconversión.

Cuando una persona acuda al sistema sanitario consultando después de una exposición de riesgo, la respuesta que debe dar el profesional no debe circunscribirse exclusivamente a indicar o no una profilaxis con antirretrovirales. Por este motivo, cada encuentro clínico debe contemplarse como una oportunidad muy valiosa para llevar a cabo una intervención educativa individualizada frente a los riesgos de la transmisión por vía sexual o parenteral del VIH, un diagnóstico y tratamiento de posibles enfermedades de transmisión sexual (ETS) concomitantes, el inicio de una vacunación frente al virus de la hepatitis B (VHB) o la administración de una dosis de vacuna antitetánica, por poner algunos

ejemplos ilustrativos de acciones preventivas complementarias a la propia valoración del riesgo de transmisión del VIH, y que, por su importancia, se contemplan en los siguientes apartados del presente documento.

## Fundamentos patogénicos e inmunológicos para la profilaxis postexposición

Desde principios de los años 1990, gran número de autores han expresado dudas sobre la eficacia de la profilaxis postexposición, ya que los mecanismos de acción de los fármacos antirretrovirales que se utilizan en la actualidad no son los más adecuados para esta profilaxis<sup>37</sup>. También se han esgrimido argumentos patogénicos en contra de su eficacia. Zhang et al<sup>38</sup> han comunicado recientemente en la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia en simios (VIS), que los virus se replicaron fundamentalmente en células T CD4+, tanto en células en reposo como activadas, a los 3 días de la exposición. Además, la mayoría de las células en reposo permanecieron infectadas a pesar del tratamiento antirretroviral<sup>38</sup>. Por otro lado, la patogenia de la infección por vía parenteral no se conoce con exactitud. Lo que parece claro es que tanto las células dendríticas como los macrófagos desempeñan un papel primordial en la diseminación de la infección<sup>39</sup>. Asimismo, se ha descrito que en algunos casos la respuesta inmunitaria, tanto en mucosas como sistémica, podría evitar la infección por VIH<sup>40</sup>.

Por lo tanto, a la hora de plantear la profilaxis postexposición habría que tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Los fármacos utilizados deberían actuar lo más rápidamente posible, además de hacerlo no sólo en células linfocitarias, sino también en macrófagos; esto obliga a incluir antirretrovirales que no necesitaran fosforilarse en las combinaciones de fármacos.

2. El tiempo desde la exposición hasta el comienzo de la profilaxis debería ser el menor posible; según los datos anteriores, en 3 días ya habría células en reposo infectadas y, en ellas, no es posible la erradicación con el tratamiento antirretroviral. Sin embargo, desempeñan un papel a favor tanto el sistema inmunitario sistémico como la barrera mucosa, por lo que habría que evitar sustancias irritantes en la desinfección, ya que, si la mucosa se lacera se podría provocar el efecto contrario al deseado.

## Elección de los fármacos antirretrovirales

El éxito de la profilaxis postexposición no ocupacional vendrá determinado no sólo por el intervalo de tiempo transcurrido hasta su instauración, sino también por la elección del tratamiento antirretroviral y su cumplimiento<sup>30</sup>.

La elección del esquema terapéutico en estos casos dependerá de varios factores relacionados con su eficacia virológica<sup>41</sup>.

El conocimiento del estado serológico del caso fuente y de sus características en cuanto a carga viral, situación inmunológica e historia farmacológica, va a permitir diseñar una estrategia terapéutica dirigida a conseguir la máxima supresión viral<sup>30,41</sup>. Por otro lado, el desconocimiento del estado serológico del caso fuente será

un factor limitante del nuevo esquema de tratamiento. Éste deberá basarse en la prevalencia de las distintas mutaciones que confieren resistencia fenotípica a los antivirales disponibles en ese momento y según el área geográfica de procedencia del caso fuente<sup>42,43</sup>. Es importante destacar que, debido a la incorporación secuencial de los fármacos antivirales en España, los pacientes infectados por el VIH sometidos a tratamiento antiviral constituyen un grupo muy heterogéneo en cuanto a historia farmacológica, por lo que resulta difícil establecer pautas demasiado estrictas de tratamiento antiviral empírico en los casos de profilaxis postexposición no ocupacional. Así, en un estudio multicéntrico de prevalencia de mutaciones realizado en nuestro país<sup>44</sup>, detectadas por la técnica LiPA (*hybridization line probe assay*, análisis de amplificación mediante sonda en línea) en pacientes pretratados, se demostró que las más prevalentes en el gen de la retrotranscriptasa eran la M184V (38,5%), y la T215Y (30,1%) asociadas a la lamivudina y la AZT, respectivamente, mientras que en el gen de la proteasa era la mutación V82A asociada a indinavir y ritonavir<sup>44</sup>. Es importante destacar que la técnica utilizada para el análisis genotípico no permitía la detección de mutaciones en el codón 90 del gen de la proteasa, por lo que no se señala la prevalencia de esta mutación primaria para saquinavir y nelfinavir<sup>45</sup>.

Los efectos secundarios de carácter general, como náuseas, fatiga o exantema cutáneo, son frecuentes en las pautas de antirretrovirales utilizadas para profilaxis postexposición y motivo de supresión de ésta en algunos casos<sup>46</sup>, sobre todo si se incluye algún IP como indinavir<sup>47</sup>. Sin embargo, la tasa y grado de estos efectos varían ampliamente en función del estadio clínico o la situación previa de la persona o paciente que recibe el tratamiento. Por otro lado, también algún ITINN como la nevirapina merece una seria consideración restrictiva respecto a su inclusión en las pautas de profilaxis postexposición, después de la comunicación de graves casos de toxicidad hepática<sup>48</sup>.

Tan importante como las consideraciones anteriores es proporcionar un esquema terapéutico que facilite la adhesión al mismo. Se ha demostrado que precisamente es la falta de adherencia el principal factor implicado en el fracaso virológico, y responsable, además, de la limitación de opciones terapéuticas futuras a través de la generación de mutaciones que confieren resistencia cruzada a los distintos fármacos antivirales de una misma familia<sup>30,41,45,49,50</sup>.

## Recomendaciones generales

La decisión de administrar tratamiento antirretroviral como profilaxis postexposición deben tomarla el médico y el paciente de forma individualizada y conjunta. La profilaxis se debe iniciar lo antes posible, idealmente dentro de las primeras 6 h. El período de tiempo tras la exposición, dentro del cual se aconseja dar el tratamiento, es de 48 a 72 h. Aunque sin evidencias claras, se considera que la efectividad de este tipo de profilaxis desciende rápidamente tras la exposición. A las personas que acudan pasado este período de 48-72 h, se les realizará igualmente un seguimiento que se detallará más adelante.

La profilaxis postexposición al VIH con antirretrovirales se aconsejaría únicamente a personas con exposiciones de riesgo de

forma esporádica y excepcional. En el caso de aquellas personas que tengan exposiciones repetidas, se les desaconsejará la profilaxis postexposición, informándoseles de los riesgos y de las medidas de prevención que deben adoptar para disminuirlos. No obstante, toda persona atendida con ocasión de una exposición al VIH ha de recibir una adecuada información sobre prácticas de riesgo y de las medidas de prevención.

La atención urgente y el seguimiento de las personas expuestas deben ser llevados a cabo en aquellos centros que dispongan de personal preparado, medios de laboratorio adecuados y que puedan dispensar tratamiento antirretroviral. En caso de que la persona expuesta fuera atendida en un centro que no cumpla estas características, éste debe tener establecida la pauta de actuación o derivación urgente en colaboración con su hospital de referencia. Asimismo, se recomienda fomentar la formación del personal que vaya a atender estas situaciones de urgencia, bien adoptando los protocolos aquí recomendados o elaborando los propios protocolos del centro, al igual que ocurre con los orientados al personal sanitario.

## Protocolo de actuación

Se realizará una entrevista con la persona expuesta con los siguientes objetivos:

1. Explicar las medidas locales que se van a realizar.
2. Valorar el riesgo de transmisión del VIH.
3. Valorar el riesgo de transmisión de otras infecciones.
4. Recomendar pautas de profilaxis postexposición al VIH.
5. Establecer un seguimiento de los pacientes.

### Medidas locales

1. *Para la exposición por vía percutánea.* Si la herida sangra, permitir el sangrado. Lavar la herida con agua y jabón, aplicar solución desinfectante y evitar las soluciones irritantes.

2. *Para la exposición de mucosas.* En la mucosa oral se aconsejan enjuagues con agua limpia y en conjuntiva lavados abundantes con suero fisiológico.

### Valoración del riesgo de transmisión del VIH

Se han establecido tres niveles de riesgo, definidos por vía de o tipo de exposición, estado serológico de la fuente, práctica de riesgo y factores de riesgo añadidos. En los casos *con riesgo apreciable* la profilaxis está recomendada, en los de *bajo riesgo* podría ser considerada, y en los de *riesgo mínimo* debe desaconsejarse. En cualquier caso, estaría indicado realizar el seguimiento de la persona expuesta, como se detalla posteriormente.

\**Factores de riesgo añadido.* Junto a las situaciones de riesgo descritas en este apartado habría que valorar la presencia de agresión sexual y otros factores que implicarían un incremento del riesgo de transmisión del VIH, por lo que deberían ser identificados y tenerse en cuenta a la hora de decidir la actuación a seguir:

1. La infectividad de la persona fuente: carga viral mayor de 5.000/10.000 copias o, en su defecto, cualquier indicador de infección aguda o estado avanzado de la infección (CD4 < 350), o existencia de enfermedades indicativas de sida.
2. La presencia de ETS, de lesión genital, heridas o efracciones de la mucosa en la persona expuesta o en la persona fuente.
3. La aparición de algún sangrado o menstruación en el transcurso de la relación sexual.

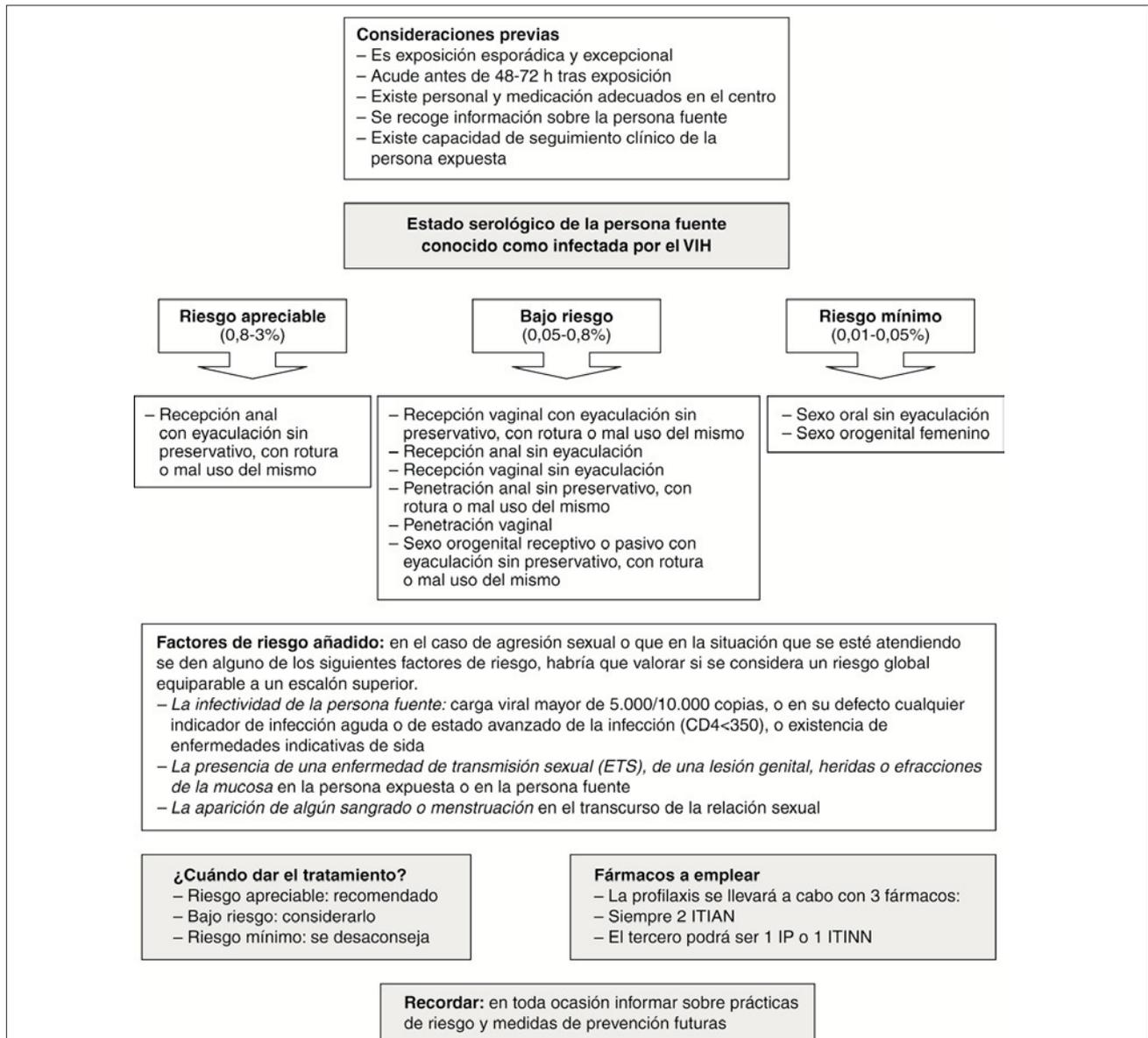


Figura 1. Esquema de la profilaxis del VIH. Vía sexual.

### Valoración del riesgo de contagio por vía sexual (incluyendo agresión sexual con penetración)

#### 1. Estado serológico de la persona fuente: infección por VIH conocida\* (fig. 1).

##### a) Riesgo apreciable (0,8-3%):

- Recepción anal con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.

##### b) Bajo riesgo por gradiente descendente (0,05-0,8%):

- Recepción vaginal con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.

- Recepción anal sin eyaculación.

- Recepción vaginal sin eyaculación.

- Penetración anal, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.

\*\*Factores de riesgo añadido. Sólo si la persona fuente es UDVP o pertenece a grupos con prevalencia mayor o igual a 15% se equipara a la persona fuente con el estado serológico VIH + conocido, y pasan a considerarse los factores de riesgo añadido de la nota a pie de página anterior.

- Penetración vaginal, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.

- Sexo orogenital receptivo o activo con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.

##### c) Riesgo mínimo (0,01-0,05%):

- Sexo oral sin eyaculación.

- Sexo orogenital femenino.

#### 2. Estado serológico de la persona fuente: desconocido\*\* (fig. 2)

##### a) Bajo riesgo (0,05-0,8%):

- Recepción anal con eyaculación.

##### b) Riesgo mínimo (0,01-0,05%):

Recepción vaginal con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.

- Recepción anal sin eyaculación.

- Recepción vaginal sin eyaculación.

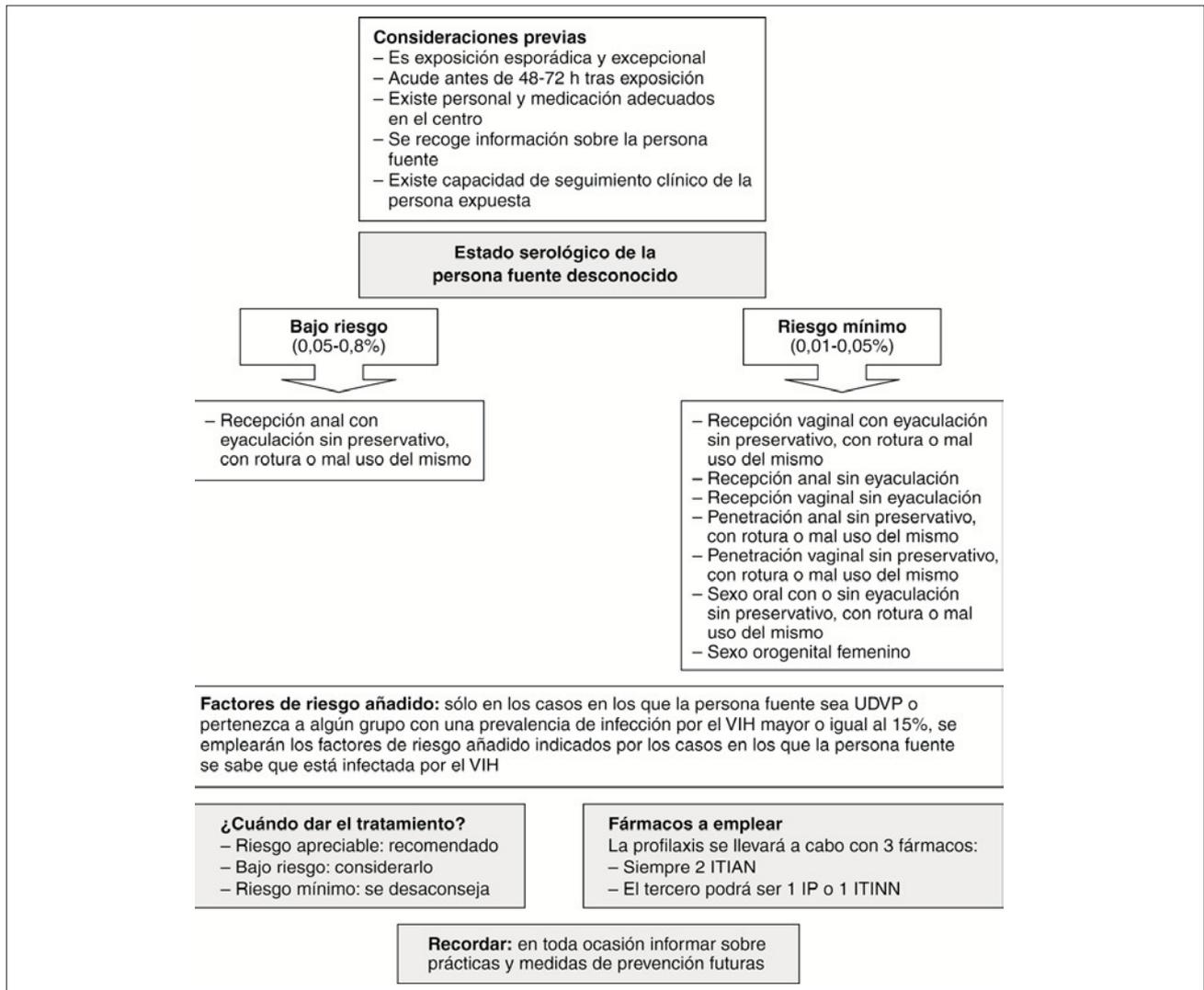


Figura 2. Esquema de la profilaxis del VIH. Vía sexual.

- Penetración anal, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.
- Penetración vaginal, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.
- Sexo oral con o sin eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo.
- Sexo orogenital femenino.

Otras situaciones, como besos, contacto de secreciones (semen, secreciones vaginales) con piel intacta se consideran, a efectos de esta valoración, sin riesgo de contagio.

### Valoración del riesgo de contagio por vía parenteral (fig. 3)

Dada la alta prevalencia de la infección por el VIH entre usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) de nuestro medio, la distinción entre estado serológico conocido o desconocido con respecto al VIH no es indispensable para la valoración del riesgo.

- a) Riesgo apreciable (0,8-3%):

- Compartir jeringuilla o aguja usadas.
- Pinchazo profundo o con abundante sangrado con una jeringuilla de forma inmediata tras haber sido usada.
- b) Bajo riesgo (0,05-0,8%):
  - Utilizar una jeringuilla usada de origen desconocido.
  - Pinchazo superficial o con un pequeño sangrado, con una jeringuilla de forma inmediata tras haber sido usada.
  - Contacto de sangre abundante con mucosas.
- c) Riesgo mínimo (0,01-0,05%):
  - Compartir el resto del material: recipiente, el agua de la preparación, el filtro, los algodones, etc.
  - Pinchazo accidental con un pequeño sangrado con una jeringuilla de procedencia desconocida.

### Valoración del riesgo de transmisión de otras infecciones

#### Infección por los virus de las hepatitis B o C

En todas las anteriores situaciones comentadas, hay que tener en cuenta que existe la posibilidad de que el paciente se haya infectado por alguno de estos dos virus. De hecho, la probabilidad de infectarse por estos virus en

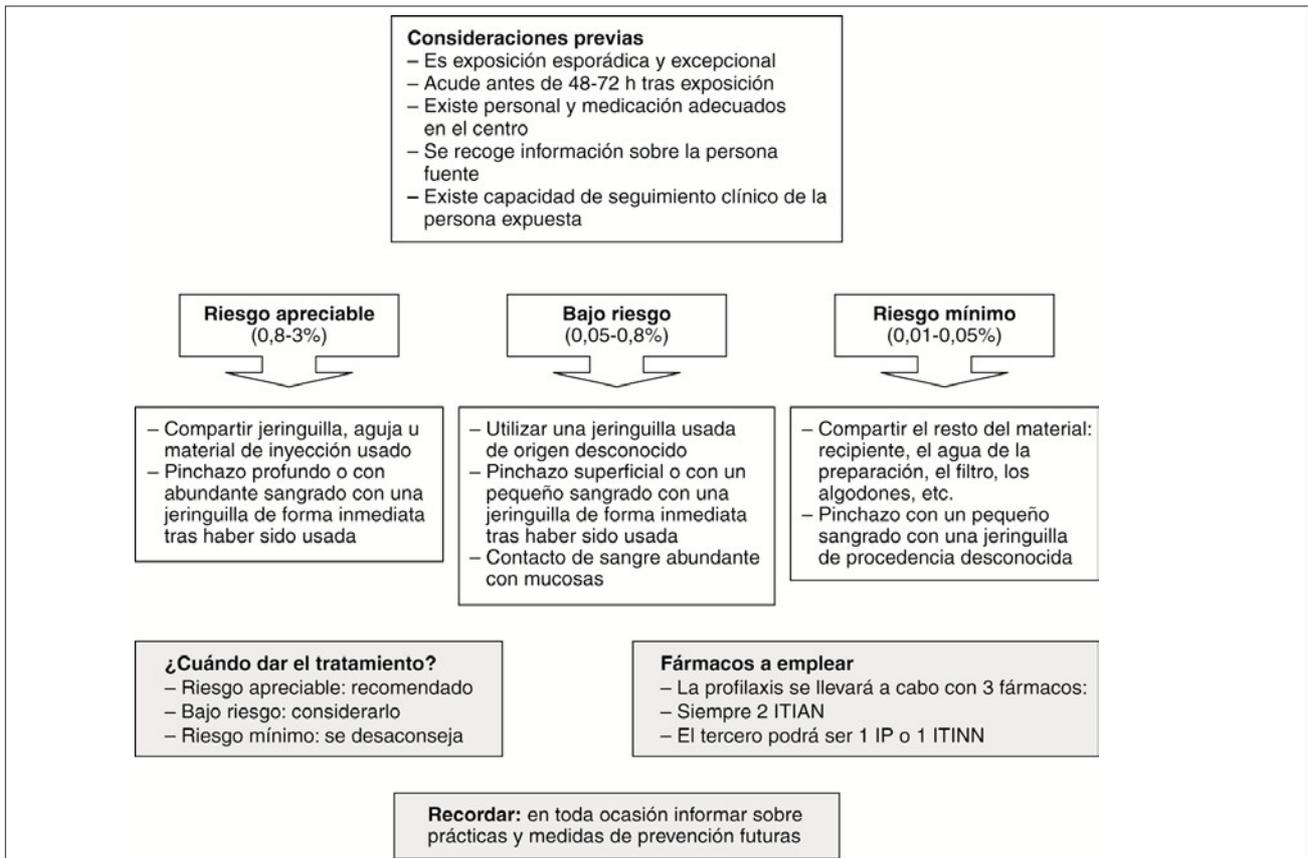


Figura 3. Esquema de la profilaxis del VIH. Vía parenteral.

determinadas exposiciones es mayor que la de hacerlo por el VIH. Por tanto, al seguimiento del VIH habrá que añadirle el del VHB y el del VHC, de la misma forma que se hace con el personal laboral sanitario.

En la mayoría de los casos el estado serológico de la persona fuente con respecto a estos virus será desconocido. Por lo que, en el caso de la hepatitis B, habrá que averiguar si el paciente ya está vacunado. Si no lo está, habrá que actuar como se indica en el apartado de seguimiento de pacientes.

### Otras infecciones

Habría que tener en cuenta también la posibilidad de contagio de ETS, por lo que deberían ponerse en marcha las medidas diagnósticas adecuadas e instaurar el tratamiento o profilaxis antibiótica en caso de que fuera necesario.

También hay que tener en cuenta que en el caso de las exposiciones por vía parenteral puede ser conveniente averiguar el estado vacunal de la persona expuesta con respecto al tétanos y actuar en consecuencia.

## Pautas recomendadas en la profilaxis postexposición al VIH

Siempre que se recomiende o se considere iniciar una pauta de profilaxis postexposición se habrán de

administrar las dosis diarias adecuadas durante 4 semanas incluyendo siempre alguna de las combinaciones siguientes de antirretrovirales:

1. Dos ITIN y 1 IP.
2. Dos ITIN y 1 ITINN.

La pauta escogida debería ser matizada por la historia farmacológica y la situación clínica de la persona fuente. Se debería intentar averiguar la presencia de otras coinfecciones y los antecedentes farmacológicos (toxicidad, tolerancia, adherencia, resistencias y motivos de modificación del tratamiento). Habría que utilizar fármacos diferentes a los que utiliza la persona fuente en caso de fallo terapéutico<sup>49</sup>. Sólo en caso de que no presente fallo terapéutico se podrían administrar los mismos fármacos. En caso de que se desconozca el caso fuente habrá que tenerse en cuenta la prevalencia de las resistencias primarias en el área geográfica, en cada momento.

Así mismo, habría que tener en cuenta la historia clínica de la persona expuesta; si está realizando algún otro tipo de tratamiento que pueda interferir con los antirretrovirales, y los efectos secundarios que pueda originar; además de la presencia de enfermedades concomitantes (diabetes, cirrosis hepática, hiperlipemias, nefrolitiasis, polineuropatía, etc.), gestación, etc.

## Seguimiento de los pacientes

### Momento inicial

#### Medidas generales

Deben valorarse siempre los siguientes puntos, aunque el conocimiento de los resultados no ha de retrasar el comienzo de la profilaxis:

- Realizar un hemograma y una analítica basal, incluyendo perfil hepático.
- Practicar serología del VIH (ELISA y confirmación, carga viral y, opcionalmente, antigenemia p24), VHB y VHC.
- Realizar una prueba de embarazo, siempre que se considere utilizar un antirretroviral potencialmente teratogénico o, en cualquier caso, de exposición sexual.
- Informar sobre prácticas de riesgo y sus medidas de prevención en futuras ocasiones, como por ejemplo, recomendar métodos de barrera mientras dure el seguimiento, y cualquier ocasión de riesgo posterior.
- Recoger la información disponible de la persona fuente, sobre todo en cuanto a posibles coinfecciones y antecedentes farmacológicos (toxicidad, tolerancia, adherencia, resistencias y motivos de modificación del tratamiento).
- Ofrecer una atención sanitaria a la persona fuente, si fuese localizable a través de la persona expuesta, de forma similar a los estudios de contactos de los pacientes con ETS.
- Valoración de vacuna contra el VHB y gammaglobulina anti-VHB.
- Remitir a la unidad de seguimiento hospitalaria (hospital de día para el VIH, medicina preventiva, etc.) para su posterior control.

#### En exposición por vía parenteral añadir además:

- Administrar vacuna antitetánica, siempre que no esté vacunado.

#### En exposición por vía sexual añadir además:

- Cultivo para gonococo y analítica para *Chlamydia* y sífilis.
- Establecer diagnóstico de otras ETS, salvo en casos de urgencia o difícil seguimiento en que se prescribiría profilaxis antibiótica para las ETS en una dosis única: ceftriaxona 125 mg (por vía intramuscular), metronidazol, 2 g (por vía oral) y azitromicina 1 g (por vía oral).
- Consulta con ginecología en caso necesario.
- Seguimiento de otros protocolos específicos, por ejemplo, en caso de agresión sexual.

### Seguimiento posterior

#### Si se le administra la profilaxis:

- A los 15 días tras la exposición: analítica general.
- A los 45 días tras la exposición: analítica general, serología para el VIH\*, VHB y VHC y repetir la prueba de embarazo.
- A los 3 meses tras la exposición: serología para el VIH\*, VHB y VHC.
- A los 6 meses tras la exposición: serología para el VIH\*, VHB y VHC.
- Al año tras la exposición: valorar si se realiza serología para el VIH\*.

#### Si no se le administra la profilaxis:

- A los 45 días tras la exposición: analítica general, serología para el VIH\*, VHB y VHC y repetir la prueba de embarazo.
- A los 3 meses: serología para el VIH\*, VHB y VHC.
- A los 6 meses: serología para el VIH\*, VHB y VHC.

Sería muy recomendable que todos los casos de exposiciones de riesgo de transmisión por VIH sean notificados y recogidos en el centro de atención por el profesional que se responsabilice de estos casos en cualquiera de los servicios correspondientes (medicina interna, enfermedades infecciosas o medicina preventiva).

Dada la falta de datos empíricos sobre la eficacia y la efectividad de este tipo de intervenciones y la imposibilidad de realizar un ensayo clínico, el CEESCAT, en coordinación con GESIDA, a comienzos del año 2001 ha iniciado un proyecto de investigación observacional para evaluar la viabilidad y, si es posible, la efectividad de la profilaxis postexposición no ocupacional, mediante la creación de un registro prospectivo de personas expuestas al VIH fuera del medio sanitario en 14 países europeos (proyecto 2000/SID/108 Comisión Europea DG SANCO F4).

## Consideraciones médico-legales

### Niños

En la edad pediátrica las principales vías de transmisión son la maternofetal o vertical, y con una frecuencia mucho menor la vía parenteral a través del consumo de drogas, sobre todo a partir de la adolescencia, y la vía sexual que afecta, también en la mayoría de los casos, a adolescentes. En estos casos la profilaxis postexposición se planteará tanto ante una exposición sexual aislada sin protección con una persona con infección conocida, ya sea en el caso de relaciones sexuales en adolescentes o en situaciones de abusos sexuales o violaciones en niños de cualquier edad, como después de una exposición percutánea, en el contexto de drogadicción en adolescentes o en el caso de un niño que sufre un pinchazo con aguja de una persona VIH+ conocida. Estas situaciones son poco frecuentes en pediatría en comparación con los adultos, pero por desgracia tampoco son excepcionales<sup>51</sup>. Antes de iniciar la quimioprofilaxis se recomienda dar una correcta información a los padres sobre los riesgos y beneficios de esta medida y solicitar el consentimiento informado.

### Agresiones sexuales

La violencia sexual tiene importantes consecuencias en términos de traumatismos físicos y psicológicos. En torno a 250 agresiones o abusos con penetración se denuncian en Cataluña anualmente<sup>52</sup>, aunque estos delitos no se denuncian en aproximadamente el 40% de casos<sup>53</sup>. En el conjunto del Estado español el número de agresiones o abusos con penetración denunciados en el presente año ha sido de 326 casos hasta marzo del 2002<sup>52</sup>. El riesgo de haber contraído una ETS, sobre todo la infección por VIH, es en bastantes casos considerable.

Dada la prevalencia de infección por VIH más elevada en la población penitenciaria, se ha de considerar especialmente el caso de hombres que sufran agresiones sexuales en prisión y que puedan beneficiarse de un tratamiento antirretroviral tras la exposición. Es siempre importante recoger toda la información posible sobre el estado serológico y/o clínico del agresor con relación al VIH.

### Notificación a autoridades en caso de agresiones

En cuanto a la notificación de los casos de agresión sexual y asalto con jeringuillas, deberán seguirse los cauces de actuación legal pertinentes, que establecen el Código Penal vigente (Art. 191)<sup>54</sup> y el

\*ELISA y confirmación, carga viral ante sospecha clínica de infección aguda por VIH y opcionalmente antigenemia p24.

Código de Deontología del Colegio de Médicos de Cataluña (Art. 31)<sup>55</sup>, con la autorización expresa de la víctima en los casos de agresión sexual.

### Consejo asistido

Deberá gestionarse y habilitar el apoyo asistencial y consejo asistido necesario para disponer de tratamiento en caso de seropositividad a algún virus durante el seguimiento, tanto del paciente como de la persona fuente en caso de conocerse.

Se ha de recomendar en todo caso proceder con las garantías necesarias de confidencialidad y cautela respecto al paciente como de la persona fuente, evitando identificar nominalmente la muestra en la determinación de sus marcadores virales.

Debe informarse a la persona fuente (cuando sea conocida) de la necesidad de obtener una muestra de su sangre para las determinaciones correspondientes y garantizar la actuación oportuna en relación con la persona expuesta. Se garantizará que estas determinaciones no tienen otra función que la mencionada, aunque en función de los resultados se pueda facilitar el tratamiento oportuno y consentido a la persona fuente.

### Consentimiento informado

Antes de iniciar cualquier actuación clínica se ha de garantizar el derecho del paciente a consentir autónomamente los procedimientos diagnósticos y terapéuticos adecuados para la protección de su salud. Tanto en adultos como en niños (padres) se recomienda dar una correcta información sobre los riesgos y beneficios de esta medida y solicitar el consentimiento informado. A este efecto se presenta en el anexo 1 una propuesta de formulario para el consentimiento informado.

### Agradecimientos

Los coordinadores e integrantes del grupo de trabajo responsables de la redacción de este documento desean expresar su agradecimiento a las instituciones que han prestado su apoyo en la consecución del mismo, integradas por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad y Consumo, y el Grupo de Estudio de Sida de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC).

Por otra parte, querríamos también expresar nuestro agradecimiento personal al Sr. Javier Sánchez Caro (Subdirector de Asuntos Jurídicos del Insalud), al Dr. Diego Gracia Guillén (Universidad Complutense, Madrid), y otros miembros del Consejo Asesor Clínico del Plan Nacional sobre el Sida, por sus contribuciones a la mejor redacción de este documento.

Y, finalmente, agradecer a la Srta. M.<sup>a</sup> Àngels Pujols (documentalista del CEESCAT) su contribución en la documentación y búsqueda bibliográfica de las presentes recomendaciones.

### Bibliografía

1. Secretaría del Plan Nacional sobre el sida. Registros autonómicos de casos de sida, Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del sida en España. Registro Nacional. Informe semestral n.º 1, año 2000. Disponible en: <http://www.msc.es/sida/epidemiologia/actualizada/2000-01.dpf>.
2. Catalonia (Spain) Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya, 1999-2001. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
3. CDC. Centers for Disease Control and Prevention (United States). Public Health Service Guidelines for the Management of Health Care Workers Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *Morb Mortal Wkly Rep* 1998;47(RR-7):1-28.
4. Centre d'Estudis Colegials. Normes d'actuació després d'una exposició accidental a sang o altres fluids biològics en el medi sanitari. *Quaderns de la bona Praxi*. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Desembre, 1998;9:1-15.
5. Grupo Español de Registro de Accidentes en Trabajadores de Atención de Salud. Accidentes biológicos en profesionales sanitarios: epidemiología y prevención, 3.ª ed. Madrid: Insalud, 1997.
6. Miró JM, Antela A, Arrizabalaga J, Clotet B, Gatell JM, Guerra L, et al, por el Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) y por Consejo Asesor Clínico (CAC) de la Secretaría Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el VIH en el año 2000 (segunda parte). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000;18:396-412.
7. La infecció pel virus de la immunodeficiència humana (HIV) en el medi sanitari, 2.ª ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998.
8. Wade NA, Birkhead GS, Warren BL, Charbonneau TT, French PT, Wang L, et al. Abbreviated Regimens of Zidovudine Prophylaxis and Perinatal Transmission of the Human Immunodeficiency Virus. *N Engl J Med* 1998; 339:1409-14.
9. CDC, Centers for Disease Control and Prevention (United States). Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure to HIV -infected blood. France, United Kingdom, and United States, January 1988-August 1994. *Morb Mortal Wkly Rep* 1995;44:929-33.
10. Tsai CC, Follis KE, Grant RF, Nolte RE, Bartz CR, Benveniste RE, et al. Effect of dosing frequency on ZDV prophylaxis in macaques infected with simian immunodeficiency virus. *J Aids* 1993;10:1086-92.
11. Grob PM, Cao Y, Muchmore E, Ho DD, Norris S, Pav JW, et al. Prophylaxis against HIV-1 infection in chimpanzees by nevirapine, a nonnucleoside inhibitor of reverse transcriptase. *Nat Med* 1997;3:665-70.
12. Katz MH, Gerberding JL. The care of persons with recent sexual exposure to HIV. *Ann Intern Med* 1998;128:306-12.
13. Ministère de l'emploi et de la solidarité (France). Accidents d'exposition au risque de transmission du HIV. En: *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le HIV*. Paris: 1999. Disponible en: [http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/sidahop/index\\_delfra.htm](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/sidahop/index_delfra.htm).
14. Swiss Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Profilassi dopo esposizione all'HIV. Raccomandazioni provvisorie concernenti la profilassi dopo esposizione all'HIV al di fuori dell'ambito sanitario. *Bulletin de la OFSP, Berna-Swiss*, 1998;9:9-11.
15. Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS e le malattie infettive emergenti e riemergenti. Aggiornamento delle Linee-guida per la chemioprophilassi con antiretrovirali dopo esposizione occupazionale ad HIV negli operatori sanitari. Ministero della Sanità da Italia, *Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere*, 1997;4.
16. Puro V, Hipólito G. Le pillole del giorno dopo. Consideración sulla possibilità di una profilassi farmacológica dell'infezione da HIV per le esposizioni non occupazionali. *Giornale Italiano dell'AIDS* 1998;9:29-32.
17. CDC, Centers for Disease Control and Prevention (United States). Public Health Service Statement. Management of Possible Sexual, Injecting-Drug-Use, or Other Non-occupational Exposure to HIV, Including Considerations Related to Antiretroviral Therapy. *Morb Mortal Wkly Rep* 1998;47(RR-17): 1-14.
18. Lot F, Larsen C, David D, Laporte A. Surveillance of post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational and non-occupational exposures to HIV in France [Abstract MoPeC2438] XIII International AIDS Conference; Durban: South Africa, 9-14 July 2000.
19. Puro V, Govoni A, Mattioli F, De Carli G, Ippolito G, Italian PEP Registry. Antiretroviral post-exposure prophylaxis in Italy [Abstract WePeC4311] XIII International AIDS Conference; Durban: South Africa, 9-14 July 2000.
20. Bernasconi E, Ruef C, Jost J, Francioli P, Sudre P. National registry for non-occupational post HIV exposure prophylaxis in Switzerland: Two-years results [Abstract WePeC4312] XIII International AIDS Conference; Durban: South Africa, 9-14 July 2000.
21. Kwong J, Mayer K, Peterson N, Appelbaum J, Lasalvia T, Boswell S. Non-occupational Post-Exposure Prophylaxis (NPEP) at a Boston Community Health Center [Abstract WePeC4310] XIII International AIDS Conference; Durban: South Africa, 9-14 July 2000.
22. Torres R, Cadman J, George MC, Bartell L, Corbett N. Preliminary report on nonoccupational post-exposure prophylaxis utilizing an NNRTI/NRTI regimen [Abstract TuPeB3204] XIII International AIDS Conference; Durban: South Africa, 9-14 July 2000.
23. Roland M, Klausner JD, Bangsberg DR, Franses K, Stansell J, Katz M. Non-occupational Post-Exposure Prevention (PEP): Integrating research findings into two clinical settings to provide a comprehensive service [Abstract WePeC4326] XIII International AIDS Conference; Durban: South Africa, 9-14 July 2000.

24. Friedman RK, Rodrigues J, Fernandes MN, Moreira IR, Schechter M, Harrison L. Acceptability of Post-Sexual-Exposure Chemoprophylaxis for the Prevention of HIV Infection in Brazil [Abstract TuOrC315] XIII International AIDS Conference; Durban: South Africa, 9-14 July 2000.
25. Correll P, Smith DE, Kippax S, Hendry O, Grulich AE. Non occupational HIV post exposure prophylaxis (PEP) in Australia. [Abstract WePeC4420] XIII International AIDS Conference; Durban: South Africa, 9-14 July 2000.
26. Almeda J, Allepuz A, Simon G, Casabona J. Conocimientos, actitudes y prácticas (KAP) respecto a la profilaxis post-exposición al VIH no ocupacional (NONOPEP) en Cataluña [Abstract CP05p3]. 6th Congreso Nacional sobre el SIDA, 3-6 abril 2001, Valencia. Pub Of SEISIDA 2001;12(Supl 1):10.
27. Sperling RS, Shapiro DE, Coombs RW, Todd JA, Herman SA, McSherry GD, et al. Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. N Engl J Med 1996;335:1621-9.
28. Mastro TD, De Vicenzi I. Probabilities of sexual HIV-1 transmission. AIDS 1996;10(Suppl A):S75-S82.
29. Royce RA, Seña A, Cates W, Cohen MS. Sexual transmission of HIV. N Engl J Med 1997;336:1072-8.
30. Lurie P, Miller S, Hecht FM, Chesney MA, Lo B. Postexposure prophylaxis after nonoccupational HIV exposure: Clinical, ethical, and policy considerations. JAMA 1998;280:1769-73.
31. Barry AM. Postexposure prophylaxis following HIV exposure [carta]. JAMA 1999;281:1269.
32. Bamberger JD, Waldo CR, Gerberding JL, Katz MH. Postexposure prophylaxis for human immunodeficiency virus (HIV) infection following sexual assault. Am J Med 1999;106:323-6.
33. Li RW, Wong JB. Postexposure treatment of HIV [carta]. N Engl J Med 1997;337:499-500.
34. Katz MH, Gerberding JL. Postexposure treatment of people exposed to the human immunodeficiency virus through sexual contact or injection-drug use. N Engl J Med 1997;336:1097-9.
35. Gostin LO, Lazzarini Z, Alexander D, Brandt AM, Mayer KH, Silverman DC. HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. JAMA 1994;271:1436-44.
36. Cardo DM, Culver DH, Ciesielki CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. N Engl J Med 1997;337:1485-90.
37. Robinson EN. Arguments against the chemoprophylactic use of zidovudine following occupational exposure to the human immunodeficiency virus. Clin Infect Dis 1993;16:357-60.
38. Zhang Z, Schuler T, Zupancic M, Wietgreffe S, Staskus KA, Reimann KA, et al. Sexual transmission and propagation of SIV and HIV in resting and activated CD4+ T cells. Science 1999;286:1353-7.
39. Blaauvelt A. The role of skin dendritic cells in the initiation of human immunodeficiency virus infection. Am J Med 1997;102:16-20.
40. Clerici M, Levin JM, Kessler HA. HIV-specific T-helper activity in seronegative health care workers exposed to contaminated blood. JAMA 1994;271:42-6.
41. Descamps D, Flandre P, Calvez V, Peytavin G, Meiffredy V, Collin G, et al. Mechanisms of Virologic Failure in Previously Untreated HIV-Infected Patients from a trial of Induction-Maintenance Therapy. JAMA 2000;283:205-11.
42. Little SJ, Daar ES, D'Aquila RT, Keiser PH, Connick E, Whitcomb JM, et al. Reduced antiviral drug susceptibility among patients with primary HIV infection. JAMA 1999;282:1142-9.
43. Briones C, Pérez-Olmeda M, Rodríguez C, del Romero J, Hertogs K, Soriano V. Primary genotypic and phenotypic HIV-1 drug resistance in recent seroconverters in Madrid. J Acquir Immune Defic Syndr 2001;26:145-50.
44. Puig T, Perez-Olmeda M, Rubio A, Ruiz L, Briones C, Franco J, et al. Prevalence of genotypic resistance to nucleoside analogues and protease inhibitors in Spain: The ERASE-2 Study Group. AIDS 2000;14:727-32.
45. Hirsch MS, Brun-Vézinet F, D'Aquila RT, Hammer SM, Jonson VA, Kuritzkes DR, et al. Antiretroviral Drug Resistance Testing in Adult HIV-1 Infection: Recommendations of an International AIDS Society-USA Panel. JAMA 2000;283:2417-26.
46. Beekman SE, Fhrner R, Nelson L, Henderson DK, Gerberding JL. Combination post-exposure prophylaxis (PEP): A prospective study of HIV-exposed health care workers. Clin Infect Dis 1997;25:444.
47. Parkin JM, Murphy M, Anderson J, El-Gadi S, Forster G, Pinching AJ. Tolerability and side-effects of post-exposure prophylaxis for HIV infection [carta]. Lancet 2000;355:722-3.
48. Serious adverse events attributed to nevirapine regimens for postexposure prophylaxis after HIV exposures: Worldwide, 1997-2000. Morb Mortal Wkly Rep 2001;49:1153-6.
49. Carpenter CC, Cooper DA, Fischl MA, Gatell JM, Gazzard BG, Hammer SM, et al. Antiretroviral Therapy in Adults. Updated Recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. JAMA 2000;283:381-91.
50. Eron JJ, Yetzer ES, Ruane PJ, Becker S, Sawyer GA, Fisher RL, et al. Efficacy, Safety and adherence with a twice-daily combination lamivudine/zidovudine tablet formulation, plus a protease inhibitor, in HIV infection. AIDS 2000;14:671-81.
51. Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a National survey of adult men and women. Child Abuse Negl 1990;14:19-28.
52. Ministerio del Interior. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/tabla11.htm>.
53. Centro de Investigaciones Sociológicas. Estudio 2364; Distribuciones marginales del Barómetro de Junio 1999. Disponible en: <http://www.cis.es/baros/mar2364.html>.
54. Gómez de Liaño MG. Código Penal: Comentarios y jurisprudencia, 9ª ed. rev. act. y puesta al día. Madrid: Colex, 1996.
55. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Codi de Deontologia. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Catalunya, 1997.

## ANEXO 1. Documento de información para la administración de profilaxis

Hoy día \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_, he consultado al Doctor \_\_\_\_\_ del Servicio/Unidad \_\_\_\_\_ del Hospital \_\_\_\_\_, como consecuencia de accidente declarado, donde consta que la fuente es ( desconocida/ positiva) respecto a  VIH/  VHB/  VHC, que me ha explicado en qué consiste la profilaxis postexposición y los efectos secundarios que puede acarrear.

Acepto la instauración de las medidas profilácticas postexposición para el  VIH y/o  VHB recomendadas, consistente en \_\_\_\_\_

Acepto someterme a controles clínicos y sanguíneos que se indiquen:

- hoy, a los  15 días,  45 días,
- 3 meses,  6 meses, y  12 meses.

No acepto la instauración de las medidas profilácticas postexposición para el VIH y VHB recomendadas, ni controles de seguimiento.

**Paciente:** \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Doctor:** \_\_\_\_\_  
 Sello \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Nota.* Este documento tiene carácter confidencial, y su contenido no puede ser divulgado salvo expreso consentimiento del paciente abajo firmante. La infracción del carácter confidencial está sujeta a las correspondientes sanciones legales para la persona o institución infractora.

**Este documento deberá guardarse en la historia clínica del paciente.**