

# Profilaxis Post Exposición para el VIH en personas adultas

Recomendaciones  
abreviadas para  
el equipo de salud

Presidente de la Nación  
**Ing. Mauricio Macri**

Ministra de Salud y Desarrollo Social  
**Dra. Carolina Stanley**

Secretario de Gobierno de Salud  
**Prof. Dr. Adolfo Rubinstein**

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos  
**Dr. Mario Kaler**

Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades  
Comunicables e Inmunoprevenibles  
**Dra. Miriam Inés Burgos**

Directora de Sida, ETS, Hepatitis y TBC  
**Prof. Dra. Claudia Gabriela Rodríguez**

Autor  
**José Barletta, Julia Recchi, Sergio Martini y Analía Dorigo.**

Edición, corrección y diseño  
**Área de Comunicación de la Dirección de Sida,  
ETS, Hepatitis y TBC**

Esta publicación fue realizada con el apoyo técnico-financiero de la  
Organización Panamericana de la Salud /  
Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud,  
Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina, 2019.  
Está permitida la reproducción total o parcial de este material y la información  
contenida, citando fuente.

# Profilaxis Post Exposición para el VIH en personas adultas

Recomendaciones  
abreviadas para  
el equipo de salud

Accidentes cortopunzantes.

Relaciones sexuales  
consentidas.

Situaciones  
de violencia sexual.



# Introducción

La Profilaxis Post-Exposición para el VIH (PEP) constituye una herramienta de prevención que consiste en el uso de medicamentos antiretrovirales para reducir el riesgo de infección luego de situaciones de potencial exposición del virus. Su incorporación está recomendada por la Organización Mundial de la Salud en el marco de una estrategia de Prevención Combinada<sup>1,2</sup>.

Cuando se inicia dentro de las 72 horas del episodio de potencial exposición al VIH, la PEP reduce en forma significativa el riesgo de transmisión, por lo que su uso se indica en exposiciones ocupacionales y no ocupacionales esporádicas. En la actualidad, una combinación de 3 drogas antirretrovirales durante 28 días es el esquema estándar empleado como PEP<sup>2</sup>.

A través de la **Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC**, se distribuye la medicación necesaria para que la PEP esté disponible en efectores del sistema público de salud cuando está clínicamente indicada.

## Cuándo indicar PEP

La PEP está indicada si se cumplen todos los siguientes requisitos:

1. El material biológico tiene capacidad de transmitir el VIH (ver Tabla 1);
2. El tipo de exposición tiene riesgo de transmitir el VIH (ver Tabla 2);
3. El tiempo transcurrido desde la exposición es menor a 72 horas;
4. La persona expuesta tiene un test no reactivo para VIH.

Conocer -cuando sea posible- la serología para VIH de la persona fuente facilita la evaluación de la indicación de PEP, **pero no constituye un requisito para su indicación**. En el caso de contar con la posibilidad de realizar pruebas de laboratorio de VIH a la fuente (por ejemplo: test rápido, ELISA) con resultado no reactivo, la PEP no está recomendada (evaluar en caso de fuerte sospecha de persona cursando primoinfección).

En exposiciones sexuales, la indicación de PEP debe guiarse por la posibilidad de transmisión derivada del evento, y **no por el carácter consentido o no de la relación sexual**. Dado el bajo riesgo de transmisión, no se recomienda el uso de PEP ante accidentes corto-punzantes ocurridos en la vía pública (por ejemplo con una aguja “perdida” en un parque).

No debe esperarse en ningún caso el resultado del laboratorio ni serologías basales en la persona expuesta para iniciar PEP.

**Indetectable = Intransmisible o I=I** se refiere al concepto de que no existe riesgo efectivo de transmisión del VIH por vía sexual en personas que reciben tratamiento antirretroviral y mantienen una carga viral no detectable en forma sostenida<sup>3,5</sup>. No se recomienda el uso de PEP en exposiciones por vía sexual en casos en los que la persona fuente reciba TARV efectivo y tenga documentada la supresión virológica sostenida. Se recomienda el uso de PEP para exposiciones por vía distinta de la sexual (ej: accidente punzocortante) o si la persona fuente no recibe TARV efectivo, tiene una carga viral detectable y/o existieran dudas fundadas sobre su adherencia al TARV.

**Tabla 1** Tipo de material biológico de acuerdo a su capacidad de transmitir el VIH.

Materiales CON capacidad de transmitir el VIH	Material SIN capacidad de transmitir el VIH
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre</li> <li>• Semen y fluido preseminal</li> <li>• Fluidos vaginales y/o rectales</li> <li>• Leche materna</li> <li>• Órganos y tejidos</li> <li>• Líquido amniótico, cefalorraquídeo, pleural, articular, pericárdico</li> <li>• Cualquier otro fluido corporal visiblemente sanguinolento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saliva</li> <li>• Secreciones respiratorias</li> <li>• Lágrimas</li> <li>• Vómito</li> <li>• Sudor</li> <li>• Orina</li> <li>• Materia fecal</li> </ul>

**Tabla 2** Tipo de exposición de acuerdo a su capacidad de transmitir el VIH.

Exposiciones CON riesgo de transmisión del VIH	Exposiciones SIN riesgo de transmitir el VIH
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percutánea (pinchazos, cortes, etc.);</li> <li>• Mucosas (anal, vaginal, oral, ocular, etc.);</li> <li>• Cutáneas sobre piel no intacta (por ejemplo dermatitis o una herida de menos de 72 hs.);</li> <li>• Mordeduras con presencia de sangre de persona fuente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cutáneas sobre piel intacta;</li> <li>• Mordeduras sin presencia de sangre.</li> </ul>

# Valoración inicial

Las situaciones de potencial exposición al VIH constituyen una urgencia, y el inicio precoz de PEP cuando está indicado resulta clave para reducir la posibilidad de transmisión<sup>6</sup>. Por lo tanto, se recomienda iniciar PEP tan pronto como sea posible. **La PEP no tiene utilidad y no está indicada luego de las 72 horas de la exposición<sup>7</sup>.**

Los escenarios de violencia sexual requieren un abordaje integral con una perspectiva de derechos que evite la revictimización. Más allá del inicio de PEP en todos los casos en los que esté indicado, se recomienda valoración precoz de acuerdo a los lineamientos del protocolo correspondiente ([bit.ly/ProtocoloViolacion](http://bit.ly/ProtocoloViolacion)).

En todos los casos debe evaluarse -previo consentimiento informado- el status serológico para VIH en el momento de la visita inicial y antes de la prescripción de PEP. En los casos en los que esté disponible, se prefiere la realización de test rápidos. Si el test rápido no estuviera disponible, no debe esperarse el resultado de la serología para VIH para iniciar la PEP. En personas sin vacuna para hepatitis B (o cuyo estatus es desconocido) se recomienda iniciar la inmunización en la visita inicial.

En el caso de exposición sexual en personas con capacidad de gestar, se recomienda ofrecer anticoncepción de emergencia en forma sistemática de acuerdo a las recomendaciones vigentes<sup>8</sup>.

# Con qué iniciar PEP

Esquema de elección

→ tenofovir DF 300 mg  
emtricitabina 200 mg  
cada 24 hs

o

→ tenofovir DF 300 mg  
lamivudina 300 mg  
cada 24 hs

+

→ Preferido: dolutegravir 50 mg cada 24 hs

→ Alternativo: darunavir/ritonavir 800/100 mg  
cada 24 hs

**Nota:** el uso de **dolutegravir** se considera una opción segura en personas con capacidad de gestar que empleen un método anticonceptivo efectivo y/o hayan recibido anticoncepción de emergencia dentro de las 24 horas del evento.

Recordar que se debe evitar el dolutegravir durante la concepción y las primeras ocho semanas del embarazo. En situaciones en las que esté contraindicado

el uso de dolutegravir y de Darunavir/Ritonavir, se recomienda Raltegravir 400 mg cada 12 hs. En individuos que no puedan recibir Tenofovir DF, emplear Zidovudina 300 mg/Lamivudina 150 mg cada 12 hs.

El kit de PEP debe estar disponible las 24 hs. en un lugar de fácil acceso por las personas del equipo de salud que intervienen en el proceso.

En caso de indicar esquemas que incluyan ritonavir, explicar las posibles interacciones y entregar por escrito las recomendaciones ([bit.ly/InteraccionesRito](https://bit.ly/InteraccionesRito)).

Profilaxis  
de otras ITS

→ Esquema  
recomendado:  
ceftriaxona 250 mg  
por vía intramuscular  
+ azitromicina 1 gramo  
vía oral (única vez).

# Seguimiento

Se recomienda la reevaluación de las personas que reciben PEP a las dos semanas de la prescripción inicial para identificar efectos adversos, valorar la adherencia y el resultado de los estudios de laboratorio iniciales.

Los efectos adversos asociados al uso de PEP son en general inespecíficos, leves y autolimitados (náuseas, cefalea, malestar abdominal) y ceden fácilmente con pautas de manejo sintomático. En caso de efectos adversos severos o problemas en la adherencia, se recomienda reforzar la importancia de la consulta precoz.

La visita de seguimiento debe ser una oportunidad para actualizar inmunizaciones e indicar el tratamiento de las ITS previas que pudieran detectarse en el laboratorio inicial. Las personas con serología negativa para hepatitis A (HAV) y que pertenezcan a un grupo de riesgo deben recibir el esquema de vacunación correspondiente. Debe reforzarse la importancia de la consulta precoz frente a síntomas sugestivos de infección aguda por VIH como fiebre, faringitis, adenopatías, diarrea y rash, especialmente en las personas en las que no se prescribió PEP (por ejemplo porque la consulta ocurrió luego de las 72 hs. del evento). En este escenario, se recomienda repetir el testeo para VIH de acuerdo al algoritmo vigente<sup>9</sup>.





**Tabla 3** Monitoreo y seguimiento recomendado en usuarios de PEP.

	Basal	2 semanas	6 semanas	12 semanas
<b>Evaluación Clínica</b>	✓	✓	✓	✓
<b>Monitoreo de eventos adversos</b>	✓	✓	✓	
<b>Hepatograma</b>	✓		✓	✓
<b>Función renal</b> Creatinina plasmática, clearance de creatinina estimado. Se recomienda uso de fórmula MDRD-4 (bit.ly/CalculadoraFR)	✓	✓		
<b>Subunidad beta HCG</b> En personas con capacidad de gestar. Evaluar necesidad de repetir.	✓			
<b>Test de hepatitis B</b> HBcAC, HBsAg (solo en personas no vacunadas).	✓			
<b>Test de hepatitis C</b>	✓		✓ (En el caso de alteración del hepatograma)	✓ (En el caso de alteración del hepatograma)
<b>Test de hepatitis A</b> Anticuerpos anti HAV (IgG) (sólo en no vacunados).	✓			
<b>Test de sífilis</b> Se prefiere el uso de test rápido o pruebas no treponémicas en caso de no estar disponible.	✓		✓	✓
<b>Screening de VIH</b> Se prefiere el uso de test rápido.	✓		✓	✓

# Situaciones especiales

## Personas con patología renal.

En forma muy infrecuente, el uso de *tenofovir DF* se asocia a riesgo de toxicidad renal reversible, especialmente en individuos con afectación renal preexistente. El uso de *tenofovir DF* se encuentra contraindicado en personas con clearance de creatinina estimado menor a 60 ml/min.

## Personas con infección crónica por hepatitis B.

La sospecha o infección documentada por HBV crónica sin fibrosis avanzada no contraindica el uso de PEP. En personas con HBV crónica con indicación de PEP, se recomienda el inicio de esquemas de primera línea y valoración precoz por un especialista.

## Persona fuente con exposición previa a múltiples esquemas ARV.

Se recomienda valoración precoz por un especialista; en caso de que la valoración no sea realizada en el día, iniciar PEP con esquemas de primera línea a la espera de la evaluación.

## Personas gestantes y lactancia.

Ninguno de los dos escenarios contraindica el uso de PEP. En gestación menor a 8 semanas se recomienda uso de *raltegravir*. En embarazos de más de 8 semanas y/o lactancia, se

recomienda el uso de esquema de primera línea basado en *dolutegravir*. Mientras dure la profilaxis y hasta descartar que se haya producido la transmisión (i.e. con nuevo test de VIH a las 4 a 6 semanas luego de la exposición), se debe interrumpir la lactancia y asegurar siempre que sea posible la provisión de sucedáneos de leche materna.

### Personas con uso reiterado de PEP.

La PEP es una medida segura y efectiva para reducir el riesgo de transmisión del VIH, y no hay motivo para restringir su prescripción en individuos que la soliciten con frecuencia. En personas con exposición frecuente al VIH y/o uso repetido de PEP, sin embargo, se recomienda una valoración integral y en el marco de una estrategia de Prevención combinada que permita encontrar el paquete de medidas más apropiado para el usuario, incluyendo intervenciones como el uso de Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) cuando estuviera disponible.

### Personas trans que reciben terapia de reemplazo hormonal (TRH).

El uso de TRH no contraindica el uso de PEP, y esta debe ser ofrecida a todas las personas trans en las que esté indicada. Para mayor información sobre interacción entre drogas antirretrovirales y TRH se recomienda consultar la Guía de Atención Integral a Personas Trans<sup>10</sup>.

# Referencias

1. **UNAIDS.** *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper.* [Internet]. 2010 [cited 2018 Jul 25]. Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2007\\_Combination\\_Prevention\\_paper\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf)
2. **N. Ford, K.H. Mayer, World Health Organization Post-exposure Prophylaxis Guideline Development Group.** *World Health Organization Guidelines on Postexposure Prophylaxis for HIV: Recommendations for a Public Health Approach.* Clin Infect Dis. 2015 Jun 1;60 Suppl 3:S161-164.
3. **A.J. Rodger, V. Cambiano, T. Bruun, P. Vernazza, S. Collins, J. Lunzen, et al.** *Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy.* JAMA. 2016 Jul 12;316(2):171–81.
4. **A. Rodger, V. Cambiano, T. Bruun, P. Vernazza, S. Collins, G.M. Corbelli, et al.** *Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive ART: The PARTNER2 Study extended results in gay men.* In Amsterdam, Netherlands.; 2018 [cited 2018 Aug 30]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jia2.25148>
5. **U=U taking off in 2017.** *The Lancet HIV.* 2017 Nov 1;4(11):e475.

6. **Tsai C-C, P. Emau, K.E. Follis, T.W. Beck, R.E. Benveniste, N. Bischofberger, et al.** *Effectiveness of Postinoculation (R)-9-(2-Phosphonylmethoxypropyl)Adenine Treatment for Prevention of Persistent Simian Immunodeficiency Virus SIVmne Infection Depends Critically on Timing of Initiation and Duration of Treatment.* J Virol. 1998 May;72(5):4265–73.
7. **R.A. Otten, D.K. Smith, D.R. Adams, J.K. Pullium, E. Jackson, C.N. Kim, et al.** *Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2).* J Virol. 2000 Oct;74(20):9771–5.
8. **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable - Ministerio de Salud de la Nación.** *Anti-concepción Hormonal de Emergencia - Guía de Procedimientos para Profesionales de la Salud* [Internet]. 2007 [cited 2019 Feb 13]. Available from: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento103.pdf>
9. **Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC - Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.** *Diagnóstico de VIH. Recomendaciones para el asesoramiento pre y post test. Edición 2016.* [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000117cnt-2016-12\\_guia-diagnostico-asesoramiento.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000117cnt-2016-12_guia-diagnostico-asesoramiento.pdf)
10. **Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.** *Atención integral de la salud de las personas trans. Recomendaciones para los equipos de salud.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 13]. Available from: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000877cnt-2018-12-20\\_atencion-personas-trans.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000877cnt-2018-12-20_atencion-personas-trans.pdf)



