

## Recomendaciones sobre profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños

PANEL DE EXPERTOS DE LA SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA (SPNS), GRUPO DE ESTUDIO DE SIDA (GESIDA), CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE ITS Y EL SIDA EN CATALUÑA (CEEISCAT), SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA (SEIP) Y ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (AEP)

---

**CORRESPONDENCIA:**

Rosa Polo  
Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida  
Paseo del Prado, 18-20  
28071 Madrid  
E-mail: rpolor@msc.es

**FECHA DE RECEPCIÓN:**

9-7-2008

**FECHA DE ACEPTACIÓN:**

11-7-2008

**CONFLICTO DE INTERESES:**

Ninguno

**AGRADECIMIENTOS:**

Este documento está avalado por el Consejo Asesor de Plan Nacional sobre el Sida.

El objetivo es facilitar el uso apropiado de la profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional a VIH, VHB y VHC. Las recomendaciones han sido elaboradas y consensuadas por un panel de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) y de Sociedades Científicas. Para ello se han revisado los estudios epidemiológicos y clínicos más actuales y relevantes publicados y/o presentados en congresos y reuniones científicas. El riesgo de transmisión de VHB, VHC y VIH tras exposición ocupacional depende del tipo de exposición, situación serológica del trabajador, estado virológico de la persona fuente y tiempo tras el accidente. Se recomendará siempre la profilaxis postexposición en aquellos casos de riesgo alto o muy alto y se ofrecerá en el resto. Idealmente se iniciará la profilaxis en las 6 primeras horas y obligatoriamente antes de 72 horas tras la exposición. La profilaxis se realizará con 3 fármacos antirretrovirales como norma general, con la salvedad de las situaciones de riesgo muy bajo en la que podría ser aceptable usar 2 fármacos. El seguimiento se mantendrá durante 24 semanas. En la exposición no ocupacional, se clasificará correctamente el nivel de riesgo tras la exposición y se actuará en consecuencia. La profilaxis se recomendará siempre tras exposiciones con riesgo alto, se considerará con riesgo apreciable. Será objeto de consenso entre médico y paciente y siempre que se confirme la excepcionalidad de la exposición. Las pautas antirretrovirales son las mismas que para exposiciones ocupacionales. Es muy importante disponer de instrumentos para la clasificación del riesgo y de protocolos de actuación en las instituciones sanitarias con capacidad para dispensar fármacos antirretrovirales. [Emergencias 2009;21:42-52]

**Palabras clave:** Profilaxis postexposición. Exposición ocupacional. Exposición no ocupacional. VIH.

---

Muchas veces, los servicios de urgencias (SU) constituyen los primeros receptores de consultas en las que el paciente solicita la valoración del posible riesgo de transmisión de diversas enfermedades, y en especial de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis C (VHC) y virus de la hepatitis B (VHB). Además, en algunos de estos centros y/o en determinados momentos (especialmente fuera de las horas en las que existe disponibilidad de consultar al servicio especializado del hospital), el inicio del tratamiento puede (y debe) realizarse en el propio SU. Así pues, es imprescindible que este colectivo conozca las actuaciones que hay que realizar ante una exposición de riesgo y que adapten los circuitos de actuación a sus respectivos hospitales con el fin de que éstos se realicen de forma correcta.

Este texto presenta un resumen del Documento de Consenso sobre recomendaciones en profilaxis

postexposición a VIH/VHC/VHB ocupacional y no ocupacional, cuyo principal objetivo es facilitar el uso apropiado de la profilaxis postexposición (disponible en [www.msc.es](http://www.msc.es) y [www.gesida.seimc.org](http://www.gesida.seimc.org)). Las recomendaciones, elaboradas por miembros de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) y diversas Sociedades Científicas (ver autoría), incluyen la valoración del riesgo de transmisión postexposición, indicaciones de inicio de profilaxis y pauta farmacológica, así como el seguimiento de personas expuestas y situaciones especiales. En la elaboración del documento se realizó una actualización de la evidencia científica existente<sup>1,2</sup> y se han utilizado los siguientes niveles de evidencia según los estudios analizados: Nivel A para estudios aleatorizados y comparativos, Nivel B para estudios de cohortes o casos y controles y Nivel C para estudios descriptivos u opiniones de expertos.

Se define la exposición ocupacional (EO) como el acto de exponer (se) un trabajador sanitario en su ocupación laboral, al contacto con sangre, tejidos o fluidos potencialmente contaminados por VIH, VHB o VHC, a través de una lesión percutánea o de mucosas o piel. Se define la exposición no ocupacional (ENO) como el acto de exponer (se) una persona al contacto con fluidos potencialmente contaminados por VIH, VHB o VHC, fuera de situaciones ocupacionales o perinatales.

## Actuación en exposición a VIH

Como norma general e independientemente de que la exposición sea o no ocupacional, la prevención primaria se dirige a evitar la exposición. En el caso de EO a VIH, la evitación de exposición incluye medidas a desarrollar en las instituciones sanitarias: educación y entrenamiento del personal en precauciones universales, disponibilidad y uso de materiales necesarios para actuar como barrera y de contenedores de material potencialmente contaminado, garantía de asesoramiento y asistencia las 24 horas y disponibilidad de diagnóstico serológico en menos de 2 horas, acceso a medicación en los casos necesarios y oportunos en tiempo, establecimiento de protocolos para el seguimiento, disponibilidad y acceso a profesionales encargados de atención y seguimiento y establecimiento de criterios de notificación centralizada. En el caso de ENO a VIH, ha de realizarse educación sanitaria –poblacional y/o individual– sobre cómo evitar o reducir la exposición.

Las medidas preventivas locales, válidas para ambos tipos de exposición, a aplicar con carácter inmediato, se presentan en la Tabla 1.

Las pautas de tratamiento incluyen la elección de fármacos antirretrovirales (ARV), de pautas y duración del tratamiento. Las guías existentes tienen en consideración el riesgo de los tipos de exposición, conocimientos y experiencia en terapéutica antirretroviral y datos disponibles en toxicidad<sup>1,3-6</sup>. Las recomendaciones para seleccionar fármacos ARV en profilaxis postexposición (PPE) han seguido los patrones de uso de estos fármacos y se basan en opiniones de expertos (Nivel C). Las pautas posibles de elección y alternativas se presentan en la Tabla 2. Como norma general y siempre que sea posible, un médico experimentado en terapia antirretroviral (TAR) evaluará el caso y seleccionará la pauta. Esto será obligatorio para las situaciones de riesgo moderado o alto.

De modo general, en caso de sospecha o confirmación de resistencia a ARV en paciente fuente,

**Tabla 1.** Recomendaciones de Actuación Inmediata en exposición ocupacional frente a VIH/VHB/VHC

Exposición percutánea*	Sangrado y lavar con agua y jabón
Contaminación cutánea*	Lavado con agua y jabón
Contaminación mucosa*	Lavado con agua
Ojos	Irrigar con agua limpia, suero fisiológico, agua estéril o colirio de povidona yodada al 10%

Pueden utilizarse productos tópicos como Gluconato de clorhexidina y/o Povidona Yodada por su posible efecto antiviral frente a VHB/VHC. No se recomienda la aplicación de agentes cáusticos (lejía, desinfección de piel) ni maniobras agresivas.

\*Estas recomendaciones son igualmente válidas para exposiciones no ocupacionales.

se elegirá una pauta de PPE igual a la pauta que se usaría para el rescate del paciente. En situación de embarazo, la selección debe considerar los posibles efectos adversos y los riesgos específicos de algunos ARV desaconsejados en embarazadas. Los fármacos con los que existe mayor experiencia en embarazadas son zidovudina, lamivudina, nelfinavir y lopinavir-ritonavir.

## Transmisión ocupacional de VIH/VHB/VHC

El riesgo de transmisión de VIH/VHB/VHC en EO existe, aunque con diferencias entre ellos. El VHC no se transmite eficazmente a través de EO a sangre, raramente a través de una exposición mucosa a sangre y no se han descrito casos por el contacto con piel no intacta. La incidencia media de seroconversión tras exposición percutánea con fuente VHC positiva es 1,8% (0-7%)<sup>7-10</sup>. En EO por VHB, el riesgo depende de la intensidad y tipo de contacto con la sangre. Se estima que el riesgo medio de transmisión de VIH tras EO percutánea es 0,3% (0,2-0,5% IC: 95%) y tras exposición mucosa es 0,09% (0,006-0,5%; IC: 95%). La transmisión a través de piel no intacta y de otros fluidos o tejidos no se ha cuantificado o lo ha sido insuficientemente.

### 1. Evaluación del riesgo de transmisión

El riesgo de transmisión de VIH depende del tipo de exposición y tiempo transcurrido tras ella, estado virológico de la fuente y situación serológica del trabajador. Existe relación directa entre la magnitud del accidente (volumen de sangre y carga viral) y posibilidad de seroconversión. La existencia de cargas virales bajas o indetectables no excluye riesgo de infección, dado que la carga viral plasmática cuantifica partículas virales “extracelulares” en sangre periférica, pero no valora la existencia de células infectadas con capacidad infectiva.

**Tabla 2.** Pautas de fármacos antirretrovirales para profilaxis postexposición (PPE): 1 fármaco de columna A + 1 fármaco de columna B ± 1 fármaco de columna C\*

	A	B	C
<b>Pauta de elección</b>	– Zidovudina (AZT) <sup>1</sup> 250-300 mg/12 horas – Tenofovir <sup>2</sup> 245 mg/24 horas	– Lamivudina (3TC) <sup>1</sup> 300 mg/24 horas – Emtricitabina <sup>3</sup> (FTC) 200 mg/24 horas	– Lopinavir-ritonavir (coformulados) 400/100 mg/12 horas – Fosamprenavir 700 mg/12 horas + ritonavir 100 mg/12 horas – Saquinavir 1.000 mg/12 horas + ritonavir 100 mg/12 horas – Atazanavir 300 mg/24 horas + ritonavir 100 mg/24 horas – Efavirenz 600 mg/24 horas
<b>Pautas alternativas</b>	– Didanosina (ddl) 250-400 mg/24 horas – Estavudina (d4T) 30 mg/12 horas		

\*La pauta recomendada inicialmente en la mayoría de las exposiciones que requieren PPE es una combinación de 3 fármacos. <sup>1</sup>AZT y 3TC disponibles comercialmente coformulados (300 mg de AZT y 150 mg de 3TC). <sup>2</sup>Tenofovir y Emtricitabina disponibles comercialmente coformulados (245 mg de tenofovir y 200 mg de emtricitabina).

Los factores relacionados con el accidente se refieren a la profundidad del pinchazo, tipo de material utilizado, factores de barrera presentes, piel y mucosas intactas y tipo de fluido al que se ha expuesto el trabajador, presentando mayor riesgo la presencia de sangre visible en el dispositivo.

En relación al estado serológico de la fuente, si éste no se conoce, se realizará estudio serológico completo, previo consentimiento informado en el menor plazo de tiempo, incluida la opción de realización de un test rápido con resultados antes de 2 horas. Si no se conoce el estado serológico, se actuará como si hubiese infección por VIH.

En caso de fuente VIH positiva conocida, se determinará su situación inmunoviológica (carga viral, cifra de CD4, antecedentes de TAR e historia farmacológica completa). Conviene recordar que existe mayor riesgo de transmisión cuando la

fuerza es un paciente en seroconversión o en fase avanzada.

En cuanto al trabajador expuesto, es fundamental conocer su estado serológico, realizando para ello las pruebas necesarias tras la exposición.

Las recomendaciones generales para Profilaxis Postexposición Ocupacional (PPEO) frente al VIH se recogen en la Tabla 3.

El riesgo de transmisión VHB/VHC también depende del tipo de exposición, paciente fuente y persona expuesta, y será la misma evaluación en cuanto a forma y tipo de exposición. Si se desconoce el estado serológico de la fuente, se realizarán las pruebas previo consentimiento informado y en el menor plazo de tiempo para conocerlo y se actuará como si la fuente estuviese infectada. En la evaluación del trabajador expuesto, éste se considerará persona susceptible de infección por VHB cuando sean negativos HBsAg, anti HBe y los

**Tabla 3.** Recomendaciones generales para profilaxis postexposición ocupacional (PPEO) frente a VIH

Tipo de exposición	Tipo de material	Recomendación de profilaxis
Percutánea	Sangre*	Recomendar
	• Riesgo muy alto	Recomendar
	• Riesgo alto	Ofrecer
Mucosas	Líquido que contiene sangre, otros líquidos infecciosos <sup>1</sup> o tejidos	Ofrecer
	Otros líquidos corporales	No recomendar
	Sangre	Ofrecer
Piel de alto riesgo <sup>2</sup>	Líquido que contiene sangre, otros líquidos infecciosos <sup>1</sup> o tejidos	Ofrecer
	Otros líquidos corporales	No recomendar
	Sangre	Ofrecer
	Líquido que contiene sangre, otros líquidos infecciosos <sup>1</sup> o tejidos	Ofrecer
	Otros líquidos corporales	No recomendar

\*Riesgo muy alto se define como accidente con gran volumen de sangre (pinchazo profundo con aguja utilizada en acceso vascular del paciente) y con carga viral VIH elevada (seroconversión o fase avanzada de enfermedad). Riesgo alto se define como accidente con alto volumen de sangre o accidente con sangre que contiene carga viral VIH elevada. Riesgo no alto: aquel accidente en el que no se da exposición a gran volumen de sangre ni a sangre con carga viral VIH elevada (pinchazo con aguja de sutura de paciente en fase asintomática de infección por VIH con carga viral baja o indetectable).

<sup>1</sup>Incluye semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo y líquidos sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico y amniótico. <sup>2</sup>Contactos cutáneos de alto riesgo cuando se trata de líquidos con carga viral VIH elevada, el contacto es muy prolongado, el área es extensa o hay zonas de piel no íntegra.

**DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR/A:**

El médico D/Dña me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve la profilaxis tras exposición ocupacional al VIH. También me ha explicado sus posibles beneficios, riesgos y complicaciones, y que no hay otras posibilidades terapéuticas para los mismos fines. Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado del mismo sea el más satisfactorio. He comprendido todo lo anterior perfectamente y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique el mencionado tratamiento preventivo por los profesionales adecuados que se precisen. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

D/Dña. \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_  
 Firma del trabajador/a \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

Se que el/la trabajadora D/Dña.

- Delega su responsabilidad en mi.
- No es competente para decidir en este momento.
- Desea libremente, ante testigos, compartir conmigo su decisión, sin menoscabo de la confidencialidad que el caso requiere.

El médico Dr/Dra me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve la profilaxis tras exposición ocupacional al VIH. También me ha explicado sus posibles beneficios, riesgos y complicaciones, y que no hay otras posibilidades terapéuticas para los mismos fines. Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado del mismo sea el más satisfactorio. He comprendido todo lo anterior perfectamente y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique el mencionado tratamiento preventivo al trabajador/a arriba reseñado por los profesionales adecuados que se precisen. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Tutor legal o familiar D/Dña. \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_  
 Firma del tutor legal o familiar: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO**

Dr./Dra.

he informado a este trabajador/a y/o a su tutor legal o familiar del propósito y naturaleza de la profilaxis tras exposición ocupacional al VIH, así como de sus posibles beneficios, de sus riesgos, de sus alternativas y de los resultados que se esperan.

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

SI USTED RECONOCE QUE HA RECIBIDO INFORMACIÓN ADECUADA Y ACEPTA QUE SE LE PRACTIQUE LA PROFILAXIS TRAS EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL VIH, PERO NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, INDIQUE POR FAVOR, LAS RAZONES DE ESTA DECISIÓN:

.....  
 .....

Nombre del testigo \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_  
 Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

SI USTED RECONOCE QUE HA RECIBIDO INFORMACIÓN ADECUADA PERO NO ACEPTA QUE SE LE PRACTIQUE LA PROFILAXIS TRAS EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL VIH, FIRME LA NEGATIVA E INDIQUE POR FAVOR, LOS MOTIVOS DE ESTA DECISIÓN:

.....  
 .....

Trabajador/a, tutor legal o familiar \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Figura 1.** Declaraciones y firmas.

antiHbs < 10 mUI/ml. Si la pauta de vacunación VHB es correcta sólo se realizará seguimiento, que consistirá en el estudio serológico al inicio y a los 6 meses. En cuanto al VHC, actualmente no se dispone de medidas eficaces postexposición.

El documento de consentimiento informado propuesto y disponible al completo en

www.msc.es incluye como información las exposiciones de riesgo de transmisión ocupacional a VIH, los posibles beneficios de la PPE y las indicaciones, las pautas, inicio y duración de la PPE, los riesgos y efectos de los ARV y las recomendaciones generales y específicas al caso. El modelo de declaraciones y firmas se recoge en la Figura 1.

## Recomendaciones

– El riesgo de infección tras exposición depende de las características del paciente fuente, tipo de exposición y estado serológico de persona expuesta (Nivel B).

– El riesgo máximo se da cuando la exposición consiste en punción profunda con aguja hueca contaminada con previo acceso vascular (arteria o vena) y procedente de paciente VIH positivo en situación de enfermedad muy avanzada (Nivel C).

– Se debe conocer la situación en relación a VIH de persona expuesta y paciente fuente (Nivel C).

– La valoración debe ser lo más rápida posible (primeras 2 horas tras exposición) (Nivel C).

– Debe garantizarse asesoramiento y asistencia las 24 horas, con disponibilidad de diagnóstico serológico en menos de 2 horas y acceso a medicación en los casos necesarios en los plazos establecidos (Nivel C).

### 2. Profilaxis postexposición ocupacional (PPEO) frente a VIH

Se seguirán las recomendaciones generales presentadas en Tabla 3. El inicio de la profilaxis ha de ser lo antes posible, idealmente antes de 6 horas del incidente e inexcusablemente antes de 72 horas. La duración recomendada es de 28 días. Debe ofrecerse apoyo psicológico y de control de síntomas. Se pueden generar estados de ansiedad y estrés y, para su manejo, el profesional clínico proporcionará toda la información necesaria, de modo detallado, y que incluya los efectos secundarios y las estrategias a aplicar si aparecen, facilitará el contacto fluido y explorará el estado emocional del paciente, actuando en consecuencia y derivando a profesionales especializados en salud mental si fuera pertinente.

En la Figura 2 se recoge el circuito de actuación ante EO a material biológico.

Las condiciones que debe cumplir una EO para considerar el uso de PPEO son:

a) Paciente fuente con infección por VIH o con infección desconocida con factores de riesgo: usuario drogas por vía parenteral (UDVP) o perteneciente a colectivo con alta prevalencia de VIH. Se interrumpirá la profilaxis si el resultado serológico de la fuente es negativo.

b) Exista exposición percutánea (pinchazo, corte), mucosa, o exposición cutánea con piel no intacta (dermatitis, abrasiones, heridas).

c) el tiempo tras la exposición sea inferior a 72 horas.

La decisión de usar PPEO depende del tipo de exposición y estado clínico y virológico del paciente fuente, y debe reunir las condiciones mencionadas.

• Como norma, se recomienda pauta con 3 fármacos (2AN + 1 IP), excepto en exposiciones de riesgo muy bajo en los que se aceptaría pauta de 2 fármacos (2 AN) (Nivel C).

• Con independencia del estado clínico y virológico del paciente fuente, es obligatoria una pauta con 3 fármacos en todas las exposiciones de riesgo alto (Nivel C).

• En exposición de riesgo intermedio con una fuente con infección por VIH no controlada (> 50 copias/ml, sintomático o con primoinfección) se recomienda pauta con 3 fármacos. En este tipo de exposición con paciente fuente con infección por VIH controlada (carga viral < 50 copias/ml, asintomático) es aceptable profilaxis con 2 fármacos. (Nivel C).

• Si se desconoce o está pendiente la serología del paciente fuente, la indicación de PPE ha de ser individualizada. Con una probabilidad razonable y exposición de riesgo intermedio o alto, es mejor iniciar PPE y posteriormente reevaluar la situación (Nivel C).

El seguimiento se mantendrá un mínimo de 24 semanas. Algunos autores recomiendan un control a los 12 meses por posibles seroconversiones tardías.

### 3. Profilaxis postexposición ocupacional (PPEO) frente a VHB y VHC

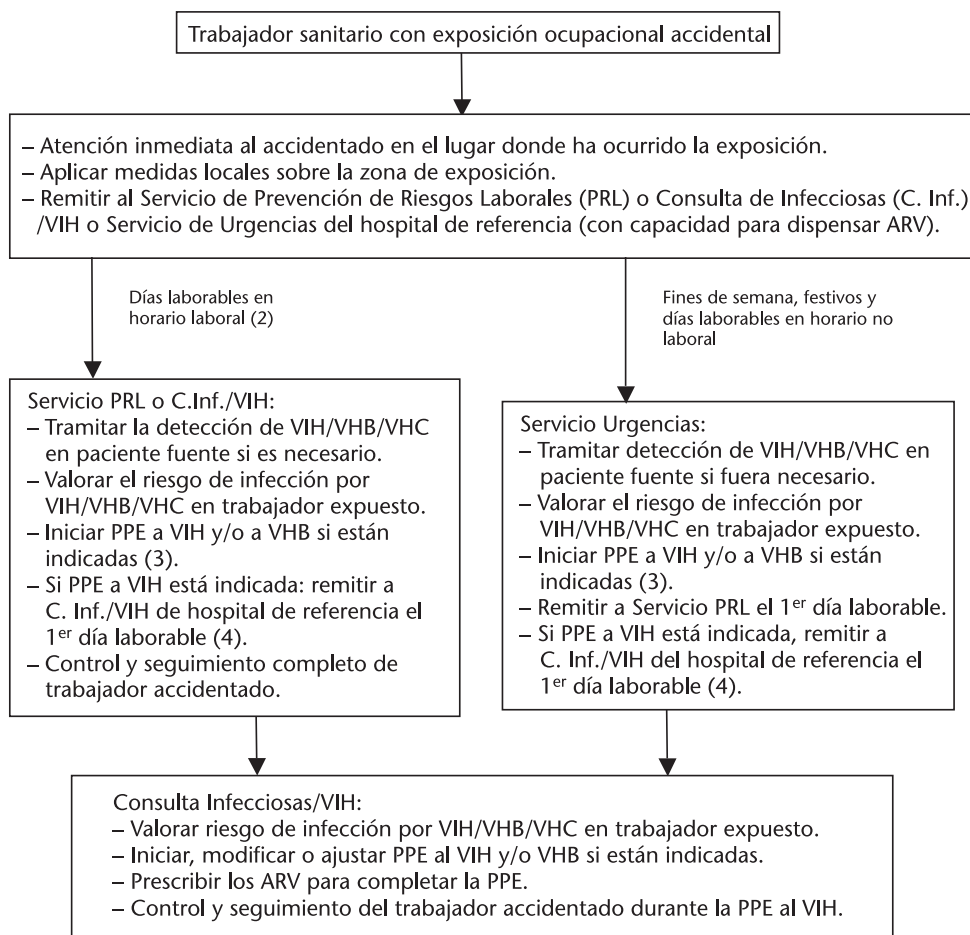
Si la fuente de exposición es positiva para el antígeno de superficie del VHB (AgVHBs), o bien éste es desconocido pero con alto riesgo de ser positivo, en caso de que la persona expuesta presente una vacunación incompleta o no esté vacunada se administrará 1 dosis de inmunoglobulina antiVHB (0,06 ml/Kg i.m.) y la primera dosis de vacunación, y deberá completar con posterioridad la vacunación completa. En personas expuestas con vacunación completa, se hará una determinación de anticuerpos frente al antígeno de superficie del VHB (AcVHBs). Si éste es igual o superior a 10 mUI/ml,

**Tabla 4.** Riesgo de transmisión de VIH tras exposición a una fuente infectada

Tipo de exposición	Riesgo estimado de transmisión de VIH (%)
Transfusión de sangre (una unidad)	90 - 100
Recepción anal	0,1 - 3,0
Recepción vaginal	0,1 - 0,2
Penetración vaginal	0,03 - 0,09
Penetración anal	0,06
Sexo oral-genital receptivo	0 - 0,04
Pinchazo percutáneo con aguja	0,3 (0,2 - 0,5 IC 95%)
Compartir material de inyección	0,67
Exposición mucosa	0,09 (0,006 - 0,5 IC 95%)

Modificado de Fisher. Int J STD&AIDS 2006 (UK Guideline).





- (1): Este circuito se adaptará en función de las características propias de cada hospital.  
 (2): Remitir a Servicio PRL o C. Infec./VIH según las características de cada hospital.  
 (3): Es necesario el fácil acceso a Farmacia Hospitalaria las 24h/día para poder dispensar los ARV y/o disponer de un pequeño stock de los fármacos en el servicio de urgencias. Se le debe proporcionar a la persona expuesta la dosis necesaria de ARV hasta que acuda a la C. Infec./VIH.  
 (4): Si la asistencia en el Servicio de PRL o de Urgencias se realiza en horario laboral, remitir ese mismo día a la Consulta de Infecciosas/VIH.

**Figura 2.** Circuito de actuación ante exposición accidental ocupacional a material biológico (1).  
 ARV: antirretrovirales; PPE: profilaxis postexposición.

no precisa profilaxis. Si fuese inferior, entonces dependerá de la respuesta que tuvo a la vacuna: si tuvo buena respuesta, se administra una dosis de refuerzo de vacuna; si la respuesta es desconocida, 1 dosis de inmunoglobulinas antiVHB y la serie completa de vacunación. Si fue no respondedor tras 2 series completas de vacunación, precisará 2 dosis de inmunoglobulinas separadas 30 días entre sí.

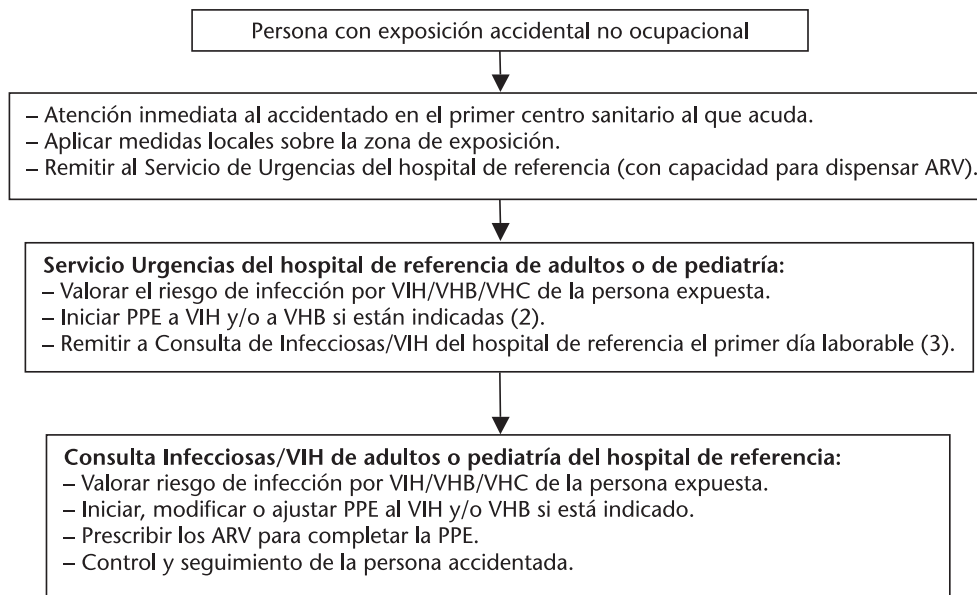
Si la fuente de exposición es negativa para el AgVHBs o es desconocido, las personas expuestas no vacunadas o con vacunación incompleta deberán recibir la primera dosis de la vacuna y completar la vacunación con posterioridad. Las personas vacunadas y con niveles de AcVHBs inferiores a 10 mUI/ml deberán recibir una dosis vacunal refuerzo y se valorará de nuevo el AcVHBs en 1-2 meses.

Para el VHC, desafortunadamente, no se puede ofrecer en la actualidad ningún tipo de profilaxis.

### Transmisión no ocupacional de VIH/VHB/VHC

El cálculo del riesgo de transmisión depende de la prevalencia de VIH en la población a la que pertenece la persona fuente y del riesgo estimado de exposición. El riesgo de transmisión de VIH se presenta en la Tabla 4.

En la Figura 3 se presenta el algoritmo de actuación ante una ENO accidental a material biológico.



(1): Este circuito se adaptará en función de las características propias de cada hospital.  
 (2): Es necesario el fácil acceso a Farmacia Hospitalaria las 24h/día para poder dispensar los ARV y/o disponer de un pequeño stock de los fármacos en el servicio de Urgencias. Se le debe proporcionar a la persona expuesta la dosis necesaria de ARV hasta que acuda a la C. Infec/VIH.  
 (3): Si la asistencia en el Servicio de Urgencias se realiza en horario laboral, remitir ese mismo día a la Consulta de Infecciosas/VIH.

**Figura 3.** Circuito de actuación ante exposición accidental no ocupacional a material biológico (1).  
 ARV: antirretrovirales; PPE: profilaxis postexposición.

### 1. Evaluación del riesgo en exposición no ocupacional

La probabilidad de transmisión de VIH depende del tipo de exposición, estado virológico del paciente fuente y factores añadidos<sup>1,12,13</sup> como: agresión sexual (violación), infectividad de la fuente, presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) o heridas o lesiones genitales y aparición de sangrado o menstruación.

El tipo de exposición incluye la sexual (consentida), violación, transfusión de sangre o hemoderivados, accidentes con agujas u objetos cortantes, contacto con fluido o tejidos infectados, mordedura y transmisión perinatal o lactancia. En la práctica, la transmisión no ocupacional de VIH ocurre casi siempre por vía sexual o parenteral. La evaluación según la práctica de riesgo diferencia los tipos de exposición.

**Tabla 5.** Evaluación de riesgo de infección por vía sexual

Persona fuente infectada por VIH		
Riesgo apreciable (0,8-3%)	Bajo riesgo (0,05-0,8%)	Riesgo mínimo (0,01-0,05%)
Recepción anal con eyaculación*	Recepción vaginal con eyaculación* Recepción anal sin eyaculación* Recepción vaginal sin eyaculación* Penetración anal* Penetración vaginal* Sexo orogenital con eyaculación*	Sexo oral sin eyaculación* Sexo orogenital femenino
Persona fuente con infección VIH desconocida		
Bajo riesgo (0,05-0,08%)	Riesgo mínimo (0,01-0,05%)	Riesgo despreciable o nulo (< 0,01%)
Recepción anal con eyaculación*	Recepción anal sin eyaculación* Recepción vaginal sin eyaculación* Penetración anal* Penetración vaginal* Sexo oral con o sin eyaculación* Sexo orogenital femenino	Besos Caricias Masturbación Contacto de secreciones con piel íntegra

\*Sin utilización de preservativo o con rotura o con mal uso del mismo.

**Tabla 6.** Evaluación del riesgo de infección por VIH vía parenteral

Riesgo apreciable (0,8-3%)	Riesgo bajo (0,05-0,8%)	Riesgo mínimo (0,01-0,05%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartir jeringuillas o agujas usadas.</li> <li>- Pinchazo profundo o con abundante sangrado con jeringuilla inmediatamente tras su uso por caso fuente desconocido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de jeringuilla de origen desconocido.</li> <li>- Pinchazo superficial tras uso por la persona fuente.</li> <li>- Contacto abundante de sangre de la fuente con mucosas de persona afectada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartir el resto del material de inyección.</li> <li>- Pinchazo accidental con sangrado poco intenso con aguja de una jeringuilla de procedencia desconocida.</li> </ul>

La evaluación de riesgo de infección por vía sexual<sup>1,12,13</sup> con infección por VIH conocida o no del paciente fuente se presenta en la Tabla 5.

La evaluación de riesgo a través de vía parenteral<sup>5-7</sup> asume la posibilidad de infección por VIH de la fuente, dada la alta prevalencia de VIH entre UDVP en España. Los niveles de riesgo se presentan en la Tabla 6.

Debe valorarse el riesgo de transmisión de VHB/VHC y otras infecciones, dado que VIH comparte vías de transmisión con VHB/VHC. Por ello, en todas las situaciones habrá que valorar y realizar las determinaciones serológicas; vacunar o usar gammaglobulina antiVHB según el caso. Para exposiciones por vía sexual, se debe siempre diagnosticar otras ITS<sup>1,12,13</sup> e instaurar profilaxis antibiótica en dosis única activa frente a *Chlamydia*, sífilis, gonococo y *Trichomonas vaginalis*.

## 2. Profilaxis postexposición no ocupacional (PPENO) frente a VIH

Con carácter previo y tras la evaluación del riesgo de transmisión, se confirmará la excepcionalidad de la exposición ya que en exposiciones repetidas no se realizará PPE. En ENO, se debe insistir en las medidas de prevención primarias (evitar prácticas de riesgo, uso correcto de métodos de barrera y no compartir material de inyección); se debe asimismo recopilar toda la información posible de la fuente y realizar siempre seguimiento serológico del individuo expuesto. Además, se valorará la existencia de otras ITS y actuará en consecuencia y se inmunizará frente a VHB y/o tétanos en caso necesario.

Las condiciones que deben cumplir una ENO para considerar el empleo de PPE son:

a) La persona fuente tiene infección por VIH conocida o desconocida con factores de riesgo: UDVP o pertenece a colectivos de elevada prevalencia de VIH (se interrumpe si la serología es negativa).

b) En exposición con riesgo elevado (relación anal receptiva no protegida con eyaculación, intercambio de agujas o jeringuillas inmediatamente tras su uso) se debe recomendar y en exposición de riesgo apreciable (relación vaginal receptiva no

protegida, anal receptiva no protegida sin eyaculación, vaginal o anal insertiva no protegida, orogenital receptiva no protegida con eyaculación) debe considerarse y especialmente si la fuente tiene infección "no controlada".

c) tiempo transcurrido tras exposición inferior a 72 horas.

Las recomendaciones generales para PPENO son:

- Debe formar parte de una intervención médica integral que incluya educación sanitaria individualizada y seguimiento clínico de la persona expuesta.

- La decisión de iniciar PPENO será individualizada y debe consensuarse con el médico y la persona expuesta.

- La PPENO sólo está indicada en exposiciones de carácter esporádico e inusual.

- Debe iniciarse lo más rápidamente posible, idealmente en las primeras 6 horas tras la práctica de riesgo, ya que cuanto más tiempo transcurra menor es la posibilidad de que la profilaxis tenga éxito<sup>14</sup>.

- A los casos que no sean candidatos a PPENO se les aconsejará sobre cómo evitar nuevas exposiciones de riesgo y se ofrecerá seguimiento clínico.

- Antes de iniciar la profilaxis (sin que suponga retraso en ello) se realizarán, serología (ELISA) y carga viral, hemograma completo y bioquímica general, serología para VHB y VHC, pruebas diagnósticas de otras ITS y prueba de embarazo a todas las mujeres con exposición sexual.

- Previo al inicio de profilaxis, la persona firmará consentimiento informado (circuitos de actuación ante exposición accidental ocupacional a material biológico).

- Se informará en todos los casos sobre el cuadro clínico de primoinfección por VIH (síndrome retroviral agudo) y se les indicará la consulta si aparece.

La decisión de usar PPENO depende del tipo de exposición y estado clínico y virológico del paciente fuente, que deben reunir las condiciones mencionadas. La PPENO sólo se recomienda tras exposiciones con riesgo considerable de transmisión de VIH (relación anal receptiva no protegida con eya-



**Tabla 7.** Riesgo de infección por VIH según estado de la infección en persona fuente

Estado de infección VIH en fuente de exposición	Riesgo de transmisión de VIH
No infección por VIH	No riesgo
Estado VIH desconocido o fuente no conocida	No cuantificado
Estado VIH desconocido, pero fuente conocida sin factores de riesgo para infección VIH	Riesgo bajo
Estado VIH desconocido, pero fuente conocida con factores de riesgo para infección VIH	Riesgo intermedio
Infección VIH conocida	Riesgo elevado

culación (0,5-3%) o intercambio de jeringuillas con paciente infectado (0,67%), pero se considera también en exposiciones con riesgo apreciable cuando la fuente tiene infección por VIH no controlada (Nivel C). Las pautas antirretrovirales son las mismas que para exposiciones ocupacionales. En general, cuando esté indicada la PPENO se empleará pauta con 3 fármacos (Nivel C).

#### Recomendaciones de tratamiento con antirretrovirales

Se recomendará PPE cuando la fuente tenga infección por VIH conocida y exista riesgo apreciable para la transmisión. Se recomienda el inicio en las 6 primeras horas de producido el contacto y antes de 72 desde la exposición, y la persona expuesta pueda y esté dispuesta a realizar seguimiento ulterior (Nivel B). No obstante, podría considerarse después de dicho límite de tiempo en casos concretos que presenten alto riesgo de transmisión. Cuando sea posible se obtendrá información acerca de la historia de TAR del caso fuente y de su carga viral más reciente. Si éste da su consentimiento y se dispone con prontitud de los resultados, conviene realizar nueva carga viral y eventualmente prueba genotípica de resistencia.

Si el riesgo de transmisión es bajo o se desco-

noce si el caso fuente está infectado por VIH y no es posible efectuarle prueba serológica rápida para la detección, se considerará la decisión de efectuar PPE de forma consensuada por médico y persona expuesta, tras sopesar los potenciales riesgos y beneficios en su caso particular (Nivel C).

Si no se conoce el estado VIH de la fuente, pero es UDVP o pertenece a población cuya prevalencia de infección es igual o superior a 10%, se actuará igual que si estuviese infectado por VIH (Nivel C).

Con independencia del seroestado del caso fuente, y de las consideraciones anteriores, no se recomendará PPE cuando el riesgo de transmisión sea mínimo o nulo (Nivel C).

Se han de valorar los aspectos psicológicos y actuar en consecuencia.

Para el seguimiento se propone que tras inicio de profilaxis a las 2 semanas se realice hemograma y bioquímica plasmática y que con independencia de inicio de PPE realicen controles a las 4-6 semanas, 3 meses y 6 meses.

#### 3. Profilaxis postexposición no ocupacional (PPENO) frente a VHB y VHC

Si la fuente de exposición es AgVHBs positivo y el contacto es de riesgo intermedio o alto, en las perso-

**Tabla 8.** Tipos de exposición

	Magnitud del riesgo
<b>Exposición cutánea</b>	
Fluidos sobre piel intacta	Riesgo no identificado
Mordedura sin rotura de piel	Riesgo no identificado
Fluidos sobre piel con integridad comprometida (eccema, dermatitis, abrasión, laceración, herida abierta)	Riesgo bajo-intermedio
Herida cutánea con sangrado en la fuente y el recipiente	Riesgo alto
<b>Exposición percutánea</b>	
Arañazo superficial con objeto afilado incluidas agujas encontradas en calle	Riesgo no identificado
Herida punzante con aguja no hueca	Riesgo bajo
Herida punzante con aguja hueca sin sangre visible	Riesgo bajo
Piercing	Riesgo bajo
Mordedura con rotura de piel	Riesgo bajo
Herida punzante con aguja hueca con sangre visible	Riesgo intermedio
Herida punzante con aguja larga hueca con sangre visible o con aguja recientemente usada	Riesgo alto
<b>Exposición mucosa</b>	
Besos	Riesgo no identificado
Sexo oral	Riesgo bajo
Ingestión única de leche materna infectada	Riesgo bajo
Fluidos en el ojo o boca	Riesgo bajo
Recepción vaginal sin trauma	Riesgo intermedio
Recepción anal	Riesgo alto
Recepción vaginal o anal con trauma (abuso sexual)	Riesgo alto

nas expuestas que tienen una vacunación completa se administrará una dosis de refuerzo de la vacuna. En aquéllas no vacunadas o con vacunación incompleta, se administrará una dosis de inmunoglobulinas antiVHB y la primera dosis de vacuna, para posteriormente completar la vacunación. Si la fuente es AgVHBs desconocida y el contacto es de riesgo intermedio o alto, las personas con vacunación es completa no necesitan profilaxis, mientras que en las no vacunadas o con vacunación incompleta debe administrarse la serie completa de vacunación (primera dosis en urgencias) o bien completarla.

Para el VHC, desafortunadamente, no se puede ofrecer en la actualidad ningún tipo de profilaxis.

#### 4. Situaciones especiales

En caso de una mujer gestante consultar siempre las recomendaciones y actualizaciones más recientes.

Si se trata de una agresión sexual existe mayor riesgo de infección y la recomendación de PPE es una actuación médico-legal.

Finalmente, en el caso de los niños y adolescentes las situaciones de exposición pueden ser las siguientes: pinchazo accidental con agujas de UDV infectados por VIH (la más frecuente), accidente domiciliario con objeto cortante de persona con infección, abuso sexual que aunque menos frecuente entraña mayor riesgo de transmisión viral en niños<sup>15</sup>, contacto sexual consentido y otros accidentes en la infancia.

El riesgo de transmisión de VIH varía en relación con el tipo de exposición, tipo de fluido o material y seroestado de la fuente (Tablas 7 y 8).

El lugar natural de atención en estos casos en niños y adolescentes serán los SU hospitalarios que deben contar con formulaciones pediátricas de la medicación en cantidad suficiente para asumir al menos 3 días de tratamiento y simultáneamente derivar a consulta especializada, siempre en calidad de preferente.

##### a) Medidas locales:

– Lavado de herida o abrasión cutánea o mucosa con agua y jabón.

– Atención quirúrgica en caso de desgarros anales, vaginales o heridas que precisen sutura.

b) Recogida de información: con preguntas orientadas a fuente y estado vacunal del niño o adolescente.

– Cuándo y cómo se ha producido el contacto.

– ¿La fuente es VIH conocido? En caso de serlo: ¿Está en TAR? Si es así: fármacos actuales y pasados. ¿Conoce su carga viral?

– En caso de desconocer su estatus frente a infección VIH ¿tiene factores de riesgo?

– Estado vacunal de niño o adolescente ¿correctamente vacunado frente a tétanos y VHB?

c) Medidas encaminadas a disminuir el riesgo de coinfección por otros agentes:

– Valorar gammaglobulina antitetánica y/o requerido de vacuna.

– Valorar gammaglobulina anti-hepatitis B.

– Valorar necesidad de antibióticos para prevenir infecciones locales y de transmisión sexual.

– No existen datos sobre uso de interferón para prevenir la hepatitis C.

La PPE no es eficaz al 100% y se han descrito fracasos<sup>16,17</sup> por lo que es necesario informar sobre esta posibilidad e instruir para reconocer el síndrome retroviral agudo. También ha de aconsejarse a los adolescentes las medidas de prevención para evitar relaciones sexuales no protegidas. Se recomienda iniciar tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) lo antes posible, idealmente en las primeras 6 horas y por un periodo de 28 días.

#### Recomendaciones en niños y adolescentes

Se recomienda triple terapia que incluyen 2 análogos de nucleósido y 1 inhibidor de proteasa. La combinación recomendada es Lopinavir/ritonavir + Lamivudina + Zidovudina (Nivel C) por disponibilidad de formulaciones pediátricas, experiencia de utilización, potencia y disponibilidad generalizada en la mayoría de los centros. En alguna circunstancia puede ser necesario modificar esta pauta por aparición de efectos adversos, rechazo de la triple terapia por parte de paciente o tutor, o con intención de asegurar la adherencia si se prevé pobre; considerar entonces biterapia con 2 análogos de nucleósido preferentemente lamivudina y zidovudina (Nivel C). Aunque los efectos adversos graves son poco frecuentes<sup>18-20</sup> puede aparecer toxicidad hasta en un 76%<sup>18</sup> (y superior en caso de triterapia)<sup>21</sup>, que podría condicionar disminución de adherencia.

#### Adendum

Coordinadores del documento: Rosa Polo<sup>a</sup>, Koldo Aguirrebengoa<sup>b</sup>, Nuria Vives<sup>c</sup>.

Redactores y revisores del documento: Koldo Aguirrebengoa<sup>b</sup>, Esperanza Álvarez<sup>d</sup>, M<sup>a</sup> José Galindo<sup>e</sup>, Raúl González-Montero<sup>f</sup>, Félix Gutiérrez<sup>g</sup>, Jaime Locutura<sup>h</sup>, Fernando Lozano<sup>i</sup>, Cristina Menoyo<sup>j</sup>, David Moreno<sup>k</sup>, Antonio Ocampo<sup>l</sup>, Francisco Javier Pascua<sup>m</sup>, Enric Pedrol<sup>n</sup>, Rosa Polo<sup>a</sup>, Carmina R. Fumaz<sup>o</sup>, Jesús Santos<sup>p</sup>, Jesús Sanz<sup>q</sup>, María C. Vázquez<sup>r</sup>, Nuria Vives<sup>c</sup>.

Filiciaciones: <sup>a</sup>Plan Nacional Sobre el Sida. <sup>b</sup>Hospital de Cruces de Baracaldo. Bilbao. <sup>c</sup>Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las ITS y el Sida de Cataluña (CEEISCAT). Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. <sup>d</sup>Hospital de Cruces de Baracaldo. Bilbao. <sup>e</sup>Hospital Clínico Universitario. Valencia. <sup>f</sup>Hospital Universitario San Juan. Alicante. <sup>g</sup>Hospital General

Universitario. Elche. <sup>h</sup>Hospital General Yagüe. Burgos. <sup>i</sup>Hospital Universitario de Valme. Sevilla. <sup>j</sup>Hospital Materno Infantil Carlos Haya. Málaga. <sup>k</sup>Hospital Xeral-Ciés. Complejo Universitario. Vigo. <sup>l</sup>Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. <sup>m</sup>Hospital General de Granollers. Barcelona. <sup>n</sup>Fundación Lluita contra el Sida. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. <sup>o</sup>Universidad de Málaga. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>p</sup>Hospital de La Princesa. Madrid.

## Bibliografía

- Grupo de Consenso Español sobre Profilaxis Postexposición no ocupacional al VIH (Coordinadores: Almeda J y Casabona J). Recomendaciones para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:391-400.
- GESIDA/PNS. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. (Actualización Enero 2007). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007;25:32-53.
- Panlilio AL, Cardo DM, Grohskopf LA, Heneine W, Ros CS. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposure to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR Recomm Report* 2005;54:1-17.
- Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ. Antiretroviral postexposure prophylaxis alter sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recommendations from the US Department of Health and Human Services. *MMWR* 2005;54:1-20.
- Nourse CB, Charles CA, McKay M, Keenan P, Butler KM. Childhood needlestick injuries in the Dublin metropolitan area. *Ir Med J* 1997;90:66-9.
- Puro V, Cicalini S, De Carli G, Soldani F, et al. Towards a Standard HIV postexposure prophylaxis for healthcare workers in Europe. *Euro-surveillance* 1994;9:40-3.
- Alter MJ. The epidemiology of acute and chronic hepatitis C. *Clinic Liver Dis* 1997;1:559-vii.
- Lanphear BP, Linnemann CC Jr, Cannon CG, DeRonde MM, Pender L, Kerley M. Hepatitis C virus infection in health care workers: risk of exposure and infection. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1994;15:745-50.
- Mitsui T, Iwano K, Masuko K, Yamazaki C, Okamoto H, Tsuda F, et al. Hepatitis C virus infection in medical personnel after needlestick accident. *Hepatology* 1992;16:1109-14.
- Puro V, Petrosillo N, Hipólito G. Risk of hepatitis C seroconversion after occupational exposures in health care workers. Italian Study Group on Occupational Risk of HIV and Other bloodborne infections. *Am J Infect Control* 1995;23:273-7.
- Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in health care workers: an overview. *Am J Med* 1997;102 (Suppl 4B):9-15.
- Almeda J, Casabona J, Simon B, Gerard M, Rey D, Puro V, et al. Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual injection drug or other exposures in Europe. *Euro Surveill* 2004;9:35-40. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/em/v09n06/0906-223.asp>.
- Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recommendations from the US Department of Health and Human Services. *MMWR* 2005;54(RR 2):1-17.
- Tsai CC, Emau P, Follas KE, Beck TW. Effectiveness of postinoculation R-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIVmme depends critically on timing of initiation and duration of treatment. *J Virol* 1998;72:4265-73.
- Lindgren ML, Hanson IC, Hammett TA, Beril J, Fleming PL, Ward JW. Sexual abuse of children: intersection with the HIV epidemic. *Pediatrics* 1998;102. Available at: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/4/e46>
- Schechter M, Ismerio R, Mendelson AB. Acceptability, behavioural impact and possible efficacy of post-sexual-exposure chemoprophylaxis (PEP) for HIV. Abstract 13. Paper presented at the 9th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, February 2002, Seattle. WEA. EEUU.
- Fournier S, Maillard A, Molina JM. Failure of postexposure prophylaxis after sexual exposure to HIV. *AIDS* 2001;15:430.
- Wang SA, Panlilio AL, Doi PA, White AD, Stek M Jr, Saah A. HIV PEP Registry Group. Experience of health care workers taking postexposure prophylaxis after occupational HIV exposure: findings of the HIV Postexposure Prophylaxis Registry. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000;21:780-5.
- Roland M, Myers L, Chuunga R. A prospective study of postexposure prophylaxis following sexual assault in Sotuh Africa. S/539. Paper presented at 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Boston. Mass EEUU. February 24, 2005.
- García MT, Figueiredo RM, Moretti ML, Resende MR, Bedoni AJ, Papiordanou PM. Postexposure prophylaxis after sexual assaults: a prospective cohort study. *Sex Transm Dis* 2005;32:214-9.
- Young TN, Arens FJ, Kennedy GE, Laurie JW, Rutherford GW. Antiretroviral postexposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007. Issue 1. Art N°: cd002835. DOI: 10.1002/14651858. CD002835.pub 3.

## Recommendations for adult and pediatric prophylaxis following exposure to the human immunodeficiency virus and hepatitis B and C viruses

### Panel of experts from SPNS, GESIDA, CEEISCAT, SEIP and AEP

The aim of this review facilitate the appropriate use of prophylaxis after occupational or nonoccupational exposure to the human immunodeficiency virus (HIV) or hepatitis B or C viruses (HBV and HCV). The recommendations are the result of consensus among expert panelists brought together by the office of the Spanish national secretariat for AIDS (SPNS) and a group of scientific societies. The panel reviewed the most important current epidemiologic and clinical studies in the literature or presented at scientific conferences and seminars. The risk of HBV, HCV, and HIV transmission after occupational exposure depends on the type of exposure, the serological status of the worker, the virologic status of the source, and the time elapsed after the accident. Prophylaxis following exposure is always recommended in cases of high or very high risk, and it is offered as an option in other cases. Ideally, prophylaxis should be initiated within 6 hours of exposure and certainly within 72 hours. Three antiretroviral drugs are generally prescribed except in situations of very low risk, when the use of 2 drugs might be acceptable. Treatment should be continued for at least 24 weeks. In nonoccupational exposure, the level of risk should be assessed thoroughly and the appropriate prophylactic measure taken. Prophylaxis should always be recommended after high-risk exposures and should be considered whenever there is appreciable risk. Once it has been determined that the exposure was exceptional, the physician and patient should come to an agreement regarding prophylaxis. The antiretroviral treatment protocols are the same after occupational and nonoccupational exposures. It is very important for health care facilities that dispense antiretroviral drugs to have risk assessment tools and action protocols at their disposal. [*Emergencias* 2009;21:42-52]

**Key words:** Postexposure prophylaxis. Occupational exposure. Nonoccupational exposure. Human immunodeficiency virus (HIV).