

## PROFILAXE POSTEXPOSICIÓN NON OCUPACIONAL FRONTE AO VIH

O risco de que unha persoa se infecte polo VIH tras unha práctica de risco, agresión sexual ou exposición accidental a materiais biolóxicos, vai a depender da probabilidade de que a persoa fonte sexa VIH positiva e do tipo da exposición, fundamentalmente vía **sexual** e **parenteral**. Ademais das características da exposición, influirán a infectividade da fonte e a susceptibilidade individual. Así, factores como unha alta carga viral na persoa fonte, a presenza dunha infección de transmisión sexual (ITS) ou dunha lesión xenital, tanto na persoa exposta como na fonte, ou a existencia de sangrado ou de menstruación durante unha relación sexual, incrementan o risco de transmisión do VIH.

Tras sufrir unha exposición ou un accidente de risco biolóxico, e trala atención inmediata da zona de exposición (se é percutánea: permitir o sangrado, lavar con auga e xabón –non lixivia–, aplicar solución desinfectante non irritante; na conxuntiva: lavado abundante con soro fisiolóxico; oral: enxaugues con auga) débese valorar o risco de infección polo VIH, VHB e VHC.

Se unha persoa chega a un centro de atención primaria para considerar un posible risco de transmisión do VIH, e tras a súa avaliación o consideramos **apreciable** [1] debemos remitir, canto antes, á persoa exposta a un centro hospitalario (servizo de urxencias, unidade de VIH ou medicina preventiva), onde, se tamén consideran que o risco

é **apreciable**, recomendarán a profilaxe postexposición [2]. Pódese consultar a avaliación do risco nas táboas do apéndice.

En xeral débense ter en conta estas características da profilaxe postexposición non ocupacional (PPENO) fronte ao VIH:

- A PPENO é unha medida de carácter excepcional e só indicada para exposicións esporádicas, polo que non se utiliza en exposicións repetidas.
- Estes accidentes deben individualizarse e ser vistos dentro dunha actuación médica integral que, ademais da valoración do risco e da realización de probas diagnósticas para a infección polo VIH e outras ITS, deberá incluír educación sanitaria acerca de como evitar ou reducir a transmisión das mesmas.
- Os UDI e HSH se consideran positivos como fonte, aínda sen saber se realmente están infectados, por pertencer a colectivos dunha alta prevalencia de infección no noso medio (>10%).
- A decisión de PPENO debe ser acordada polo médico e a persoa implicada despois de valorar beneficios e inconvenientes, con consentimento informado.
- Se a recomendamos debe comezarse, se é posible, antes das 6 horas despois da agresión sexual ou accidente, e, de **xeito inescusable, antes das 72 horas**.

## A ENFERMIDADE MENINGOCOCICA SEROGRUPO C E A SÚA ESTRATEXIA VACINAL (2ª PARTE)

En 2000 autorizouse unha nova vacina fronte á EMSC, de polisacáridos conxugada, que a diferenza da anterior é inmunóxena nos nenos máis cativos. Esta vacina engadiuse ao calendario de vacinacións infantís de Galicia en novembro de 2000, cunha pauta de tres doses (aos 2, 4 e 6 meses de idade), que foi modificada por outra de dúas (aos 2 e 4 meses) a finais de 2003.

Non entanto, na tempada 1999/00 detectárase un aumento da incidencia de EMSC nos máis novos, aqueles que recibiran a vacina durante a primeira campaña de vacinación (1996/97), e por iso, coincidindo coa inclusión da vacina conxugada no calendario, desenvolveuse unha segunda campaña de vacinación con esta nova vacina, dirixida a todos os que naceran despois do 1 de xaneiro de 1993. Esta nova campaña acadou unha cobertura do 95%.

Despois destas intervencións, a incidencia de EMSC volveu a diminuír ([ver figura 1 do número anterior](#)), mais co paso do tempo sucedeu o seguinte: no [Reino Unido](#) e despois no conxunto de [España](#) e Galicia, observouse unha frecuencia de fallos vacinais inesperadamente elevada entre os que só recibiran a vacina no seu primeiro ano de vida. Ademais destes fallos da vacina conxugada, durante a tempada

2003/04 apreciouse un lixeiro aumento da incidencia de EMSC, que se consolidou na 2004/05 e se concentraba nas persoas nadas antes de 1993, nas que ocorreron o 83% dos casos nas tempadas 2003/04 e 2004/05, dos cales o 62% recibira a vacina de polisacáridos durante a campaña de 1996/97, o que indicaba que se estaba a perder a protección acadada durante esa campaña.

Para controlar estas dúas novas incidencias, no 2006 desenvolveuse unha nova campaña de vacinación, a terceira (segunda coa vacina conxugada), dirixida as persoas nadas antes de 1993 (especificamente aos que entón tiñan entre 13 e 24 anos de idade). Ademais, no 2006 modificouse o novo calendario, para engadir unha dose no segundo ano de vida para previr os fallos vacinais mencionados con anterioridade. Esta pauta vacinal (3 doses que se administraban aos 2, 4 e 18 meses de idade) mantívose vixente ata o 31 de decembro de 2013. A vacina conxugada proporciona protección directa e indirecta, para o que compre acadar certa cobertura mínima. Así, a campaña de vacinación dirixida aos que tiñan entre 13-24 anos acadou o obxectivo de cobertura prevista e xa amosou o seu impacto na tempada 2005/06 e posteriormente confirmado na 2006/07.

**AVALIACIÓN DO RISCO DE INFECCION POR VIA SEXUAL DO VIH**

	FONTE	PRÁCTICA DE RISCO
RISCO APRECIABLE (0,8-3%)	Persoa infectada*	Recepción anal con exaculación**
BAIXO RISCO (0,05-0,8%)	Persoa infectada*	Recepción anal sen exaculación** Recepción vaxinal con exaculación** Recepción vaxinal sen exaculación** Penetración anal** Penetración vaxinal** Sexo oroxenital con exaculación**
	Descoñecida	Recepción anal con exaculación**
RISCO MÍNIMO (0,01-0,05%)	Persoa infectada*	Sexo oral sen exaculación** Sexo oroxenital feminino
	Descoñecida	Recepción anal sen exaculación** Recepción vaxinal sen exaculación** Penetración anal** Penetración vaxinal** Sexo oral con ou sen exaculación** Sexo oroxenital feminino
RISCO DESPRECIABLE (<0,01%)	Descoñecida	Bicos Caricias Masturbación Contacto de secrecións con pel íntegra

(\*) Asíñense como infectados as persoas fonte de colectivos de alta prevalencia de infección (Usuarios de Drogas Inxectables – UDI– e Homes que teñen sexo con outros Homes –HSH– ).

(\*\*) Sen utilizar preservativo ou con rotura ou mal uso do mesmo.

**AVALIACIÓN DO RISCO DE INFECCIÓN POLO VIH POR VÍA PARENTERAL**

RISCO APRECIABLE (0,8-3%)	Compartir xiringas ou agullas usadas. Picada profunda ou con abundante sangrado cunha xiringa de maneira inmediata tras ser usada por un caso fonte descoñecido.
BAIXO RISCO (0,05-0,8%)	Uso dunha xiringa de orixe descoñecida. Picada superficial tras uso polo caso fonte. Contacto abundante de sangue do caso fonte con mucosas do suxeito afecto.
RISCO MÍNIMO (0,01-0,05%)	Compartir o resto do material de inxección (culler, filtro, etc.). Picada accidental con sangrado pouco intenso coa agulla dunha xiringa de procedencia descoñecida.