

Procedimientos

Prevención

Control

Enfermedades

Transmisibles

Medio

Hospitalario

Guía de

recomendaciones

de actuación urgente

trala exposición

ocupacional a

patógenos de

transmisión sanguínea

no medio hospitalario

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

OBXECTO

ALCANCE

DEFINICIÓNS

DESENVOLVEMENTO DA GUÍA

1. Recomendacións de actuación trala exposición accidental a patóxenos de transmisión sanguínea
2. Rexistros

RESPONSABILIDADES

DIFUSIÓN

REVISIÓN

SISTEMAS DE AVALIACIÓN

MARCO NORMATIVO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

- I. Risco de infección trala exposición ocupacional a patóxenos de transmisión sanguínea
- II. Resumo de precaucións estándar
- III. Profilaxe antitetánica en urxencias
- IV. Profilaxe trala exposición parenteral ou mucosa ó virus da hepatitis B en urxencias
- V. Táboa 5.1. Exposición percutánea ó VIH:  
Quimioprofilaxe postexposición profesional
- Táboa 5.2. Exposición mucosa ó VIH:  
Quimioprofilaxe postexposición profesional
- Táboa 5.3. Exposición cutánea de alto risco ó VIH:  
Quimioprofilaxe postexposición profesional

## INTRODUCCIÓN

O sector sanitario aglutina a un gran número de traballadores, que realizan múltiples e moi diferentes tarefas. Unha proporción importante deles está potencialmente exposta a produtos ou materiais contaminados polos denominados patóxenos de transmisión sanguínea: VIH (virus da Inmunodeficiencia humana), VHB (virus da hepatitis B), VHC (virus da hepatitis C). A exposición ten lugar habitualmente de forma accidental, sobre todo a través de lesións percutáneas (picadas, cortes...) e salpicaduras cutáneo-mucosas, e a substancia máis frecuentemente implicada é o sangue.

Aínda que non é posible eliminar totalmente o risco, a gran maioría dos accidentes son evitables se os procedementos e materiais utilizados son correctos. No anexo I sinálanse e cuantifícanse as estimacións de risco de infección polos patóxenos de transmisión sanguínea en traballadores sanitarios, dependendo da exposición.

A prevención da infección ocupacional con patóxenos sanguíneos é posible, pero depende da integración de tres estratexias estreitamente relacionadas:

- *Evita-la exposición*: a implantación e o seguimento rigoroso das medidas de precaución universal (incluídas nas precaucións estándar) debe ser unha realidade en tódolos centros de asistencia sanitaria e os traballadores teñen a responsabilidade de coñecelas e aplicarlas. **Nivel de evidencia IIIA**. Tamén o coñecemento detallado dos procedementos que poden expoñe-lo traballador é fundamental para introducir modificacións que aumenten a seguridade no traballo, pois a utilización de instrumentos mellorados, de novas técnicas e materiais, contribúen a un medio de traballo máis seguro.
- *Vacunación/inmunización*: existe a vacina contra o VHB, e debe subministrarse a todo traballador susceptible de exposición<sup>1</sup>. **Nivel de evidencia IA**. Na actualidade non existe vacina para o VHC nin para o VIH.
- *Profilaxe postexposición*: a administración de gammaglobulina específica anti-hepatite B trala exposición percutánea ou mucosa e un mes despois, ten unha eficacia combinada de protección do 75% aproximadamente<sup>2</sup>. **Nivel de evidencia IA**. O emprego de axentes antirretrovirais na profilaxe postexposición do VIH pode reducir ata un 80% a posibilidade de transmisión deste virus<sup>3</sup>. **Nivel de evidencia IIIB**. Na actualidade non existe ningunha medida considerada eficaz de profilaxe postexposición do VHC, estando contraindicado o uso da inmunoglobulina<sup>4</sup>. **Nivel de evidencia IID**.

Aínda que a prevención das exposicións é a principal maneira de evita-las infeccións ocupacionais por patóxenos de transmisión sanguínea, a adecuada actuación postexposición é un elemento importante de seguridade no traballo.

As exposicións ocupacionais ós patóxenos de transmisión sanguínea deben ser consideradas **urxencias** médicas nas que cómpre asegura-la oportuna actuación de profilaxe postexposición, incluíndo a administración de axentes antirretrovirais, que debe iniciarse canto antes, preferiblemente **nas primeiras horas** seguintes ó accidente de traballo que causou a exposición<sup>5, 6</sup>. As institucións sanitarias deben ter dispoñible para os

seus traballadores un sistema que garanta a atención urxente destes accidentes, e inclúa protocolos escritos para a rápida comunicación, avaliación, consello, tratamento e seguimento das exposicións ocupacionais que poidan presenta-los traballadores en risco de adquirir calquera infección de transmisión sanguínea, incluído o VIH.

Por outra banda, cómpre rexistrar axeitadamente a accidentabilidade laboral relacionada con estas infeccións, sendo tamén de interese a recollida dos efectos secundarios que se presenten nos traballadores sanitarios que reciben profilaxe postexposición.

Na actualidade probablemente non tódalas institucións sanitarias están adecuadamente equipadas ou organizadas para proporcionar unha profilaxe postexposición efectiva e puntual. Precísase afondar na formación dos traballadores, implantar e/ou simplificar os mecanismos de notificación, mellorar a dispoñibilidade na realización urxente de análíticas, e o acceso ó tratamento postexposición. É tamen necesario estandarizar as actuacións, difundir a información a tódolos traballadores, e asegurar a confidencialidade na atención e seguimento dos traballadores accidentados. **Nivel de evidencia IIIB.**

Esta guía recolle os criterios de actuación básicos para a profilaxe postexposición dos traballadores dos centros sanitarios que, como consecuencia dun accidente de traballo, estiveron expostos a patóxenos de transmisión sanguínea. Baséase no coñecemento científico actual e na experiencia dos profesionais que veñen realizando a prevención e profilaxe postexposición a patóxenos de transmisión sanguínea nos centros sanitarios do SERGAS. Os hospitais, tendo como alicerce estas recomendacións, deben desenvolver protocolos específicos, adaptados ás súas propias características, que concreten os criterios xerais nela incluídos.

As recomendacións para o manexo da exposición non ocupacional non son recollidas neste documento que, sen embargo, pode ser útil no manexo das exposicións doutros traballadores que tamén poden estar expostos ocupacionalmente a patóxenos de transmisión sanguínea, como é o caso dos bombeiros, policías, persoal de Protección Civil e outros, sobre todo cando atenden urxencias vitais.

## OBXECTO

Proporciona as recomendacións básicas para que os hospitais elaboren os seus protocolos específicos de actuación cando ocorre un accidente con exposición a virus de transmisión sanguínea: VHB; VHC; VIH.

## ALCANCE

Tódolos centros sanitarios asistenciais da rede pública galega, incluídas as fundacións públicas e centros concertados ou que pretendan concertar asistencia sanitaria co Sergas.

Así mesmo, este documento será de referencia para tódolos centros privados sitos na Comunidade Autónoma de Galicia.

## DEFINICIÓN

**Categoría de evidencia e grao de recomendación<sup>3</sup>:** as categorías que a continuación se detallan son as desenvolvidas pola *Task Force dos Preventive Services* estadounidenses utilizando a metodoloxía adaptada da *Task Force* canadense. A *Task Force* graduou as recomendacións respecto a dous criterios, a forza da recomendación, e a calidade da evidencia na que se basea.

### Forza da recomendación:

- **Grao A:** hai boa evidencia para apoiar unha recomendación de uso.
- **Grao B:** hai moderada evidencia para apoiar unha recomendación de uso.
- **Grao C:** a evidencia que hai é insuficiente para facer unha recomendación a favor ou en contra do uso.
- **Grao D:** hai moderada evidencia para apoiar unha recomendación en contra do uso.
- **Grao E:** hai boa evidencia para apoiar unha recomendación en contra do uso.

### Categoría da evidencia:

- **Nivel I:** evidencia de polo menos un ensaio clínico controlado, adecuadamente randomizado.
- **Nivel II:** evidencia de ensaios clínicos ben deseñados, sen randomización, de estudos de cohorte ou casos-contróis, preferiblemente multicéntricos, de múltiples series temporais ou de resultados concluíntes de experimentos non controlados.
- **Nivel III:** evidencia de opinións de expertos baseada na experiencia clínica, estudos descritivos, notificación de casos ou informes de comités de expertos.

Non existe unha correlación exacta entre a forza da recomendación e o nivel de evidencia, é dicir, un nivel de evidencia I non implica necesariamente unha categoría A na forza da recomendación, nin unha categoría A require un nivel I.

**Exposición ocupacional<sup>6</sup>:** aquela que pode poñer-lo traballador en risco de infección por VHB, VHC ou VIH, e que polo tanto pode requirir de profilaxe postexposición, debido a que supuxo contacto con sangue, tecidos ou outros fluídos orgánicos implicados na transmisión de patóxenos de transmisión sanguínea durante o desenvolvemento do seu labor profesional, a través de:

- Ferida percutánea por picada ou corte.
- Contacto de mucosas ou pel non intacta (cando a pel exposta está agretada, presenta abrasións, ferida aberta ou dermatite).
- Contacto con pel intacta de duración prolongada (varios minutos ou máis) ou que afecta a superficies extensas.
- Calquera contacto directo (sen barreira de protección) a concentrados de VIH en laboratorios de investigación ou lugares de produción.

- Mordeduras humanas con exposición a sangue. Aínda que a transmisión por esta vía é moi rara, a avaliación clínica debe considerala posible exposición tanto da persoa mordida como da que morde. Se existe exposición ó sangue de calquera das persoas afectadas, debe proporcionarse o seguimento postexposición.

**Flúidos orgánicos implicados na transmisión de patóxenos de transmisión sanguínea:** aqueles que, en caso de exposición, requiren avaliación para profilaxe postexposición<sup>6</sup>. Son os seguintes:

- Sangue, o principal fluído orgánico implicado na transmisión de patóxenos de transmisión sanguínea.
- Soro, plasma, e tódolos fluídos biolóxicos visiblemente contaminados con sangue.
- Mostras de laboratorio, ou cultivos que conteñan concentrados de VHB, VHC, VIH.
- Seme, segregacións vaxinais/uterinas.
- Os líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico, que presentan un risco indeterminado de transmisión de patóxenos de transmisión sanguínea.

**Flúidos orgánicos non implicados na transmisión ocupacional de patóxenos de transmisión sanguínea<sup>6</sup>:** aqueles que, en caso de exposición, non precisan seguimento nin profilaxe postexposición. Inclúen: segregacións nasais, esputos, suor, lágrimas, orina, saliva, feces, ou vómitos a menos que conteñan sangue. A exposición ocupacional ó leite materno non foi implicada na transmisión a traballadores sanitarios.

**Precaucións estándar:** recomendacións que se deben seguir, deseñadas para reducir o risco de transmisión de microorganismos dende fontes de infección, recoñecidas ou non, nos hospitais. Aplícanse a tódolos pacientes, independentemente do seu diagnóstico ou do seu estado infeccioso. Recollen as medidas fundamentais das anteriormente chamadas **precaucións universais** (deseñadas para reducir a transmisión de patóxenos de transmisión sanguínea) e do illamento de substancias corporais (deseñadas para reducir o risco de transmisión de patóxenos procedentes de substancias corporais húmidas e substancias potencialmente infecciosas, de tódolos pacientes, fundamentalmente a través do uso de guantes)<sup>7</sup>. Pódese atopar un resumo destas no anexo V.

**Patóxenos de transmisión sanguínea:** para efectos desta guía refírese ós virus da hepatite B (VHB), virus da hepatite C (VHC), e virus da inmunodeficiencia humana (VIH).

**Traballador sanitario:** para os efectos da presente guía, un traballador sanitario é calquera persoa, —empregado, estudante, ou voluntario— que desenvolva actividades que inclúan contacto con pacientes ou con sangue ou outros fluídos corporais deles a través da asistencia sanitaria<sup>6</sup>.

## DESENVOLVEMENTO DA GUÍA

Tódolos hospitais elaborarán un protocolo de actuación ante os accidentes que supoñan un risco de exposición ocupacional a patóxenos de transmisión sanguínea de acordo co contido desta guía, as evidencias científicas existentes e adaptado ás súas características. Este protocolo deberá ser informado pola comisión de infección hospitalaria e política antimicrobiana e aprobado pola dirección do centro.

Esta guía e o protocolo intracentro estarán dispoñibles en tódolos servizos do hospital e de forma accesible para tódolos traballadores. É preciso ter en conta que o persoal que máis frecuentemente sofre este tipo de accidentes é o de enfermería; as lesións máis habituais son as picadas nas mans; e o material contaminante máis frecuentemente implicado o sangue e derivados.

O protocolo intracentro establecerá explicitamente:

- O programa de formación e información dos traballadores, que garanta que estes son coñecedores das medidas preventivas e de como actuar no caso dun accidente deste tipo. Este programa debe incluí-la importancia da notificación inmediata dos accidentes. **Nivel de evidencia IIIB.**
- Os dispositivos de atención urxente deste tipo de accidentes e os clínicos que poidan avalialos, proporcionar consello e, se é o caso, a profilaxe postexposición.
- O procedemento detallado para o acceso rápido dos traballadores sanitarios accidentados (en horario laboral, noites ou fins de semana) ós dispositivos de atención urxente deste tipo de accidentes.
- Os procedementos que permitan o traslado rápido ata o laboratorio das mostras sanguíneas pertinentes, o procesamento urxente destas se fose necesario e a notificación inmediata ó médico que as solicitou.
- O procedemento de obtención e administración dos fármacos precisos para a profilaxe postexposición —incluídos antirretrovirais—.
- O procedemento concreto para a notificación do accidente, que permita o seu recoñecemento legal como accidente de traballo.
- A definición da unidade responsable do rexistro dos accidentes con risco de exposición a patóxenos de transmisión sanguínea, así como a unidade responsable do seguimento postexposición, ata que se descarte ou confirme a seroconversión do traballador exposto.
- A designación do responsable de que o protocolo se implante e se cumpra.

## 1. Recomendacións de actuación trala exposición accidental a patóxenos de transmisión sanguínea

O traballador accidentado deberá<sup>6, 8, 9, 10</sup>:

- **Comenta-lo accidente co caso fonte.** No momento do accidente é recomendable comenta-lo feito co caso fonte, pois facilita a obtención do consentimento para a toma das mostras precisas para a realización das probas analíticas pertinentes.
- **Realiza-lo tratamento local.** Tan inmediateamente como sexa posible trala exposición:
  - Cesa-la actividade que se estaba realizando.
  - Se a exposición foi nas mans e se tiñan guantes, quitálos e avalia-las características da exposición.

- As feridas e a pel que estiveran en contacto con sangue ou fluídos corporais deben lavarse inmediatamente con auga e xabón. As membranas mucosas deben irrigarse con auga ou soro fisiolóxico.
- Aínda que non está demostrado que o uso de antisépticos diminúa o risco de transmisión, o seu uso non está contraindicado. Non se recomenda a aplicación de axentes cáusticos capaces de provocar queimaduras, como a lixivia, ou a inxección de antisépticos ou desinfectantes na ferida. Tampouco se recomenda forza-lo sangrado.
- Cambiar inmediatamente calquera peza de roupa que se humedecera cos fluídos corporais do caso fonte.

Todas estas medidas teñen un **nivel de evidencia IIIB**.

- **Acudir inmediatamente** á unidade designada, no protocolo do centro, como responsable do manexo clínico urxente deste tipo accidentes.

**O facultativo responsable do manexo destas situacións deberá**<sup>6, 8, 9, 10, 11, 12</sup>: establecer se o accidente reúne as características que permitan consideralo como de risco para a transmisión de patóxenos de transmisión sanguínea. En función destas consideracións decidirá se é recomendable a profilaxe postexposición, e nese caso, as medidas que se deben tomar (ver definicións, anexos I, II, IV e V). Para isto será preciso:

- **Coñece-las características da exposición:** deben considerarse o tipo de fluído orgánico implicado, así como a vía e a severidade da exposición.
- **Coñecer se o caso fonte é ou non portador de patóxenos de transmisión sanguínea.** Aínda que ás veces é posible establece-lo estado infeccioso do caso fonte mediante a información dispoñible na historia clínica ou pola anamnese, pode ser preciso solicitar **seroloxía urxente** de anti-VIH, HBsAx, e anti-VHC (este último con carácter non necesariamente urxente, dada a inexistencia actual de profilaxe postexposición eficaz contra este virus). Para evitar extravíos, débese indicar na folla de petición que se trata dun caso fonte dun accidente laboral<sup>15</sup>.
- **Coñece-lo estado serolóxico do traballador accidentado.** Solicitar de forma **non urxente** seroloxía de VHB, VHC e VIH. Pode ser necesaria a determinación urxente de anti-HBs.
- **Valoración da profilaxe postexposición.** O médico responsable do manexo dun accidente no que poidan estar implicados patóxenos de transmisión sanguínea debe avalia-la conveniencia de realiza-la profilaxe postexposición para previ-la infección polo bacilo do tétano, e polo VHB, o VHC e o VIH.

As recomendacións de profilaxe postexposición deben explicárselle ó traballador accidentado, informándoo da efectividade e posible toxicidade das substancias utilizadas. O traballador decidirá se segue as recomendacións ou non.

<sup>15</sup> A utilidade da medición da carga viral como indicador para avalia-lo risco de transmisión do VIH non se coñece. A medida da carga viral plasmática reflicte soamente o nivel de virus 'libres' en sangue periférico, non o nivel de virus asociado a células en sangue periférico ou noutros compartimentos corporais (tecido linfático). Aínda que títulos baixos de carga viral en sangue periférico probablemente indican un menor risco de transmisión, non eliminan esta posibilidade. Se esta información está dispoñible terase en conta para a decisión do réxime terapéutico, pero NUNCA se atrasará a instauración da profilaxe postexposición na espera deste resultado<sup>1</sup>

1. Profilaxe **antitetánica**: Anexo III<sup>8</sup>.
2. Profilaxe contra o **virus da hepatitis B**: Anexo IV<sup>9</sup>.
  - 2.1.- Se o caso fonte é HBs-Ax negativo: se o traballador non está vacinado procede inicia-la vacinación.
  - 2.2.- Se o caso fonte é HBs-Ax positivo ou descoñecido:
    - Obter mostra sanguínea do traballador accidentado e solicitar, de **forma non urxente**: seroloxía do VHB (HBsAx, anti-HBs, Anti-HBc) e seroloxía do VHC (anti-VHC). Cando non se coñece a resposta posvacinal a determinación de anti-HBs solicitarase de forma **urxente**.
3. Profilaxe contra o **VIH**<sup>5, 11, 12, 13</sup>: Anexo V.
  - 3.1.- Se o caso fonte é anti-VIH negativo: non se precisa profilaxe postexposición.
  - 3.2.- Se o caso fonte é anti-VIH positivo:
    - Obter mostra sanguínea da persoa accidentada e solicitar de forma **non urxente**: seroloxía do VIH (anti-VIH) e seroloxía VHC.
    - Ademais pode ser necesario hematoloxía (as tres series, incluíndo Hb, recuento e fórmula leucocitaria) e bioquímica (polo menos transaminasas, creatinina, bilirrubina e amilasa) no caso de que se decida iniciar terapia antirretroviral.
    - Recomendar ou ofrecer profilaxe antirretroviral seguindo as táboas do anexo V.

Segundo as recomendacións do Consello Asesor Clínico do Plan Nacional sobre a SIDA<sup>14</sup> cada centro sanitario que atende a pacientes con infección por VIH/SIDA debe utiliza-la combinación de dous análogos de nucleósidos cos que teña maior experiencia clínica: ZDV+ddl, ZDV+ddC ou ZDV+3TC, e un inhibidor da proteasa nos casos de risco de transmisión elevado, ou cando o caso fonte estivese tratado con antirretrovirais. **Nivel de evidencia IIIB.**

Existen dúas situacións que merecen consideración á parte:

- Cando o virus do caso fonte é resistente ós antirretrovirais: non se coñece se a resistencia ten algunha influencia sobre o risco de transmisión, pero a transmisión de virus resistentes é posible, polo que se debe ter en conta ó elixi-la profilaxe postexposición. En xeral recoméndase seleccionar unha combinación de fármacos ós que o virus non sexa resistente. Se a resistencia é a unha clase de antirretrovíricos, debe considerarse a adición dun fármaco doutra clase. **Nivel de evidencia IIIB.**

- Cando a persoa accidentada é unha muller embarazada: o tratamento debe administrarse trala análise coa afectada e a valoración dos riscos e beneficios do tratamento.

3.3.- Se o caso fonte é anti-VIH descoñecido ou inaccesible:

- Obter mostra sanguínea da persoa accidentada e solicitar de forma **non urgente** seroloxía do VIH (anti-VIH) e seroloxía VHC, e no seu caso hematoloxía e bioquímica do mesmo xeito que no caso anterior.
- A actuación neste caso non está estandarizada, como recomendación o médico deberá ter en conta:
  - ▮ Se existe algún dato que faga sospeitar que o caso fonte é portador de VIH ou padece SIDA.
  - ▮ Se existen outros elementos que caractericen o accidente como de risco elevado: inoculación profunda, presenza de sangue visible no obxecto implicado no accidente, que estivera previamente colocado nunha arteria ou vea do caso fonte.
  - ▮ Que os antirretrovirais son drogas con efectos secundarios importantes.
  - ▮ Que o risco medio de transmisión por picada de fonte descoñecida é da orde de 1,5/100.000.
  - ▮ No caso de recomendar ou ofrecer terapia antirretroviral segui-las táboas do anexo V.

#### 4. Profilaxe contra o virus da **hepatite C**

- Non administrar inmunoglobulina ás persoas expostas a sangue ou fluídos corporais positivos para anticorpos anti VHC. Os datos dispoñibles respecto da prevención da infección polo VHC con inmunoglobulina indican que non é efectiva para a profilaxe postexposición. **Nivel de evidencia IID**<sup>4, 15</sup>.
- Non hai valoracións do uso de antivirais (interferón) postexposición para a prevención desta infección. **Nivel de evidencia IIIC**<sup>15</sup>.

## **2. Rexistros**

O protocolo de cada centro sanitario establecerá detalladamente o sistema de declaración e rexistro, e os pertinentes circuitos de información.

*Recoméndase:* que tras unha exposición ocupacional se rexistren as circunstancias do accidente e a actuación posterior —sempre de forma confidencial—. **Nivel de evidencia IIIB**. Coa seguinte información:

- Data e hora da exposición.
- Descrición do procedemento que se estaba realizando: ónde e cómo se produciu a exposición, tipo de obxecto implicado.
- Descrición da exposición: tipo e cantidade de fluído ou material e severidade da exposición.

- Información sobre a persoa fonte de exposición: infección por VIH ou outras infeccións, estadio da enfermidade, historia de tratamento previo, carga viral, marcadores.
- Información sobre o consello proporcionado, manexo postexposición e seguimento.

## RESPONSABILIDADES

**Xerente:** é o responsable último da implantación e xestión desta guía e polo tanto, da toma de decisións relevantes no referente a ela.

**Unidade responsable da atención clínica do accidentado:** o/s facultativo/s encargado/s do manexo clínico deste tipo de accidentes será responsable de asina-los volantes para a realización das probas analíticas, tanto do caso fonte como do accidentado e de obter a autorización pertinente. Proporcionará o asesoramento correspondente, notificará o accidente ó rexistro, e/ou derivará o traballador exposto á unidade responsable, de acordo co contido do protocolo intracentro.

**Servicio de Medicina Preventiva —unidade de prevención de riscos laborais e saúde laboral—** ou unidade especificamente designada pola xerencia para desenvolver estas funcións no caso de non existir. Terá as seguintes responsabilidades:

- A elaboración da proposta de protocolo intracentro.
- A avaliación e implantación do protocolo intracentro e as avaliacións periódicas segundo o establecido neste.
- Rexistro dos accidentes de traballo con risco de infección por patóxenos de transmisión sanguínea dos traballadores sanitarios.
- Todas aquelas que lle sexan asignadas pola xerencia, segundo o contido desta guía.

## DIFUSIÓN

Co fin de asegurar a difusión deste procedemento:

- A **División Xeral de Asistencia Sanitaria** remitirá unha copia controlada deste ás xerencias dos hospitais de financiamento público e a todas aquelas unidades que considere de interese.
- A **Secretaría Xeral do Sergas** remitirá unha copia controlada do procedemento ós centros concertados e a todas aquelas unidades que considere de interese.
- Os **xerentes dos centros** serán responsables da súa difusión e coñecemento por todas aquelas unidades implicadas no seu desenvolvemento.

## REVISIÓN

Esta guía será revisada cada dous anos e sempre que se considere necesario introducir calquera modificación.

## SISTEMAS DE AVALIACIÓN

Os servizos centrais da Consellería e do Sergas avaliarán a aplicación desta guía mediante un sistema de auditoría.

Esta auditoría incluíra a avaliación da existencia da documentación e do seguimento do seu contido.

### Indicadores de proceso:

- Existe protocolo intracentro.
- Está informado pola comisión de infección hospitalaria e política antimicrobiana e aprobado pola xerencia.
- Grao de conformidade co contido desta guía: descrición das non-conformidades.
- Está dispoñible nas unidades onde se precisa.
- Grao de coñecemento polo persoal que o ten que desenvolver.
- Plan de formación anual do centro:
  - Número de participantes.
  - Conformidade co contido desta guía.
- Existencia de rexistro de accidentes e variables recollidas.

### Indicadores de resultado:

- N° accidentes evitables/n° total de accidentes
- Tempo medio transcorrido entre o momento en que o accidente tivo lugar e a primeira actuación realizada en relación con el.
- Accidentes nos que a actuación postexposición segue as recomendacións da guía/n° accidentes totais.
- Número de accidentes con risco de exposición a patóxenos de transmisión sanguínea/mes.
- Número de accidentes con risco de exposición a patóxenos de transmisión sanguínea/n° total de traballadores do centro/mes \*100.

## MARCO NORMATIVO

**Directiva 90/679/CEE**, do 26 de novembro, sobre a protección dos traballadores contra os riscos relacionados coa exposición a axentes biolóxicos durante o traballo, de acordo coa Directiva 1989/391, do 8 de novembro. Establece as disposicións específicas mínimas neste ámbito.

**Directiva 93/88/CEE**, do 12 de outubro, modificación da directiva anterior. No seu anexo I figura a clasificación grupal na que cada microorganismo queda incluído.

**Directiva 95/30/CEE**, do 30 de xuño. Nesta directiva adáptase ó progreso técnico a directiva 90/679/CEE.

**RD 664/1997**, do 12 de maio Ministerio da Presidencia: protección dos traballadores contra riscos relacionados coa exposición a axentes biolóxicos durante o traballo. Mediante este RD procédese á transposición ó dereito español do contido das directivas mencionadas (BOE do 24 maio 97) no marco da Lei 31/95, do 8 de novembro, sobre prevención de riscos laborais, ademais establece as disposicións mínimas aplicables ás actividades nas que os traballadores estean ou poidan estar expostos a axentes biolóxicos debido á natureza da súa actividade laboral.

**RD 39/1997**, Ministerio de Traballo e Asuntos Sociais. Aprobación do Regulamento dos servizos de prevención. BOE nº 27 do 31 de xaneiro de 1997.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. CDC. Guidelines for Infection Control in Healthcare Personnel. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 1998; Vol.19, nº. 6.
2. Cardo DM. A Case-Control Study of HIV Seroconversion in Health Care Workers After Percutaneous Exposure. *N Engl J Med* 1997; 337:1485-1490.
3. US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2<sup>nd</sup> Edition. 1996.
4. Serra C, Torres M, Campins M. Riesgo de Infección por el Virus de la Hepatitis C en el personal sanitario. Evidencia actual y posibilidades de prevención postexposición. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 629-635.
5. Henderson, DK. Postexposure Chemoprophylaxis for Occupational Exposures to the Human Immunodeficiency Virus. *JAMA*, 1999; Vol 281, nº. 10.
6. CDC. Public Health Service Guidelines for the Management of Health-Care Worker Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR* 1998; 47 (nº. RR-7).
7. Gardner JS, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guidelines for Isolation Precautions in Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996; 17:53-80.
8. CDC. Update on Adult Immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) *MMWR* 1991 40 (nº. RR-12): 1-94.
9. CDC. Immunization on Health Care Workers: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) *MMWR* 1997 46 (nº. RR-18):23.
10. Gerberding JL. Management of Occupational Exposures to Blood-Borne Viruses. *NEJM* 1995; 332:444-451.
11. Mullins N, Lee HHJ. Occupational Exposure to HIV, Hepatitis B, Hepatitis C and Tuberculosis. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery*. 1998, vol.15, nº. 2 pp 367
12. Wheeler DA. Human Immunodeficiency Virus in the Health Care Setting. *Occupational Medicine*. 1997, Vol.12, nº. 4, p.745.
13. CDC. Update: Provisional Public Health Service Recommendations for Chemoprophylaxis After Occupational Exposure to HIV. *MMWR* 1996; 45; 468-472.
14. Consejo Asesor Clínico del Plan Nacional sobre el SIDA: Tratamiento antirretroviral (4<sup>a</sup> edición), fascículo 10, noviembre 97.
15. CDC. Recommendations for the Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-Related Chronic Disease. *MMWR* 1998, Vol. 47; nº. RR-19.
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Epidemiología del SIDA en España 1996*. Madrid 1997. p.60.
17. Boletín epidemiológico semanal, 1998; vol.6 nº. 22; p.209. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de España. Centro Nacional de Epidemiología. MSC.
18. Rivera Redondo J, García Monforte A, Millán Núñez-Cortés J. Afectación Extrahepática como Primera Manifestación de la Infección por el Virus de la Hepatitis C. *Med Clin (Barc)* 1998; 111:667-669.
19. Bell DM, Occupational Risk of Human Immunodeficiency Virus Infection in Health Care Workers; An Overview. *The American Journal of Medicine*. 1997; 102(5b).

## ANEXOS

- Anexo I: Risco de infección trala exposición ocupacional a patóxenos de transmisión sanguínea.
- Anexo II: Resumo precaucións estándar (PE).
- Anexo III: Profilaxe antitetánica en urxencias.
- Anexo IV: Profilaxe trala exposición parenteral ou mucosa ó virus da hepatitis B en urxencias.
- Anexo V: Táboa 5.1. Exposición percutánea ó VIH:  
Quimioprofilaxe postexposición profesional.  
Táboa 5.2. Exposición mucosa ó VIH:  
Quimioprofilaxe postexposición profesional.  
Táboa 5.3. Exposición cutánea de alto risco ó VIH:  
Quimioprofilaxe postexposición profesional.

## ANEXO I: RISCO DE INFECCIÓN TRALA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A PATÓXENOS DE TRANSMISIÓN SANGUÍNEA.

O risco acumulado de infección por exposicións ocupacionais en traballadores sanitarios depende de tres factores:

- 1. A prevalencia de VIH, VHC, VHB entre os pacientes.
- 2. O risco de transmisión tras unha única exposición.
- 3. A natureza e frecuencia das exposicións.

**1. Prevalencia:** no noso medio a prevalencia da infección por VIH na poboación xeral está arredor do 0,3%<sup>16</sup>.

A prevalencia media de VHB na poboación xeral pode situarse en España no 1,5% aproximadamente<sup>17</sup> e de VHC no 2%<sup>18</sup>.

Pero a prevalencia entre os pacientes é moi variable, dependendo da cidade ou zona de situación do centro, as súas especialidades, e as características persoais dos pacientes.

**2. Risco medio** estimado de infección por *exposición percutánea* é de 0,3% para o VIH, entre o 2 e 3% e para o VHC, e de 30% para o VHB<sup>10</sup>.

O risco tras unha *exposición mucosa* está peor definido, pero estimouse nun 0,09% para o VIH; despois dunha *exposición cutánea* considérase aínda menor (non cuantificado porque nos estudos prospectivos non hai ningún traballador sanitario que seroconvertira tras unha exposición cutánea única).

Para o VHB e VHC o risco por *contacto mucoso ou cutáneo* non está documentado.

3. O terceiro factor é difícil de obter, e varía amplamente dependendo da actividade do grupo estudado (distintos autores, e para distintos grupos de profesionais, publican cifras que se moven entre 0,2 e 13 contactos percutáneos por ano). Con todas estas limitacións, as estimacións de risco acumulado son moi variables<sup>18</sup>.

Con diferente metodoloxía realizouse un estudo colaborativo entre profesionais franceses, italianos e ingleses cos CDC. Mediante un modelo de regresión loxística estimáronse os *odds ratio* para os distintos factores de risco, cuns resultados preliminares que indican que as exposicións percutáneas para as que o risco de exposición é maior do 5% son escasas.

Virus	RISCO DE TRANSMISIÓN		
	Exposición percutánea (Picada con agulla ou corte) <sup>A</sup>	Contacto-mucoso ou con pel non intacta <sup>B</sup>	Mordedura <sup>C</sup>
VHB	2-40% <sup>D</sup>	Non cuantificado. A transmisión por esta vía está documentada: magnitude do risco maior que para o VHC ou VIH.	Non está cuantificado. A transmisión por esta vía está documentada.
VHC	3-10%	Non cuantificado. A transmisión por esta vía non está documentada, considérase posible.	Non cuantificado. A transmisión por esta vía non está documentada.
VIH	0,2-0,5% <sup>E</sup>	0,1%	Non cuantificado. Posible vía de transmisión nalgún caso de exposición non ocupacional.

<sup>A</sup> As estimacións do risco están baseadas na avaliación conxunta de exposicións percutáneas por picada cunha agulla ou outro tipo de accidentes con obxectos cortantes contaminados.

<sup>B</sup> O contacto con pel intacta non é unha ruta probada de transmisión destes virus. Sen embargo, pequenas solucións de continuidade da pel poden escapar á detección, e moitos expertos consideran que o contacto coa pel como unha potencial ruta de transmisión, especialmente se a superficie afectada é ampla, ou o contacto é de longa duración.

<sup>C</sup> A persoa que morde pode estar en risco por contacto mucoso, sobre todo se a trabada causou sangrado.

<sup>D</sup> En persoas non vacinadas estímase que o risco de adquiri-la enfermidade, se o caso fonte é HBsAx+, é do 5%, porcentaxe que pode incrementarse ata o 40% se o caso fonte é HBeAx+.

<sup>E</sup> O risco medio é do 0,3%. O risco está incrementado nas seguintes situacións: 1) Inoculación profunda no traballador, 2) Sangue visible no dispositivo implicado na picada ou corte, 3) Dispositivo que estivo previamente situado na vea ou arteria do paciente fonte (p.ex. agulla usada nunha flebotomía), e 4) O paciente morreu a causa da SIDA nos 60 días posteriores á exposición (e polo tanto, pode asumirse que tiña un título elevado de VIH). A identificación destes factores suxire que o risco é maior se na exposición o volume de sangue é grande ou contén un alto título de VIH.

## ANEXO II: RESUMO DE PRECAUCIÓN ESTÁNDAR (PE)

As precaucións estándar reúnen as medidas fundamentais das anteriormente chamadas **precaucións universais** —deseñadas para reduci-lo risco de transmisión de patóxenos sanguíneos—, e das de **illamento de substancias corporais** deseñadas para o illamento de tódalas substancias corporais húmidas e potencialmente infecciosas de tódolos pacientes. Son un conxunto de medidas que se deben seguir na atención de tódolos pacientes hospitalizados, independentemente do seu estado infeccioso, deseñadas para reduci-lo risco de transmisión de patóxenos de transmisión sanguínea e outros. Aplícanse a:

- Sangue.
- Tódolos fluídos, segregacións e excretas corporais, excepto suor, independentemente de que conteñan ou non sangue visible.
- Pel non intacta.
- Membranas mucosas.

A recomendación de uso das PE para a atención de tódolos pacientes está categorizada cun **nivel de evidencia IIIB**.

Son:

### Lavado de mans:

- Sempre antes e despois de tocar a un paciente, tanto se se utilizaron guantes como se non. Pode ser preciso o lavado entre tarefas ou procedementos co mesmo paciente para evita-la contaminación cruzada de diferentes lugares corporais.
- Lava-las mans despois do contacto con sangue, fluídos, segregacións ou excrecións corporais e obxectos contaminados, usáranse ou non guantes.
- Usar un xabón simple (non antimicrobiano) para o lavado rutineiro de mans.
- Usar axentes antimicrobianos ou antisépticos non acuosos para circunstancias especiais (control de abrochos ou infeccións hiperendémicas).

### Guantes:

- Guantes limpos, non necesariamente estériles, cando se vaia tocar sangue, fluídos corporais, segregacións ou excretas e obxectos contaminados.
- Guantes limpos e estériles antes de tocar membranas mucosas e superficies de pel non intacta. Poñelos xusto antes do contacto con pel non intacta ou mucosas.
- Cambiar de guantes entre actuacións e procedementos sobre o mesmo paciente se se tivo contacto con material cun alto contido de microorganismos (drenaxe de feridas, material fecaloideo). Tamén se se rompen.
- Quita-los guantes inmediatamente despois de usalos, lavando as mans a continuación.

### Máscaras, gorros, e escudos de protección ocular e/ou facial:

Deben utilizarse para protexe-la membrana mucosa dos ollos, nariz, e boca en tódalas actuacións sobre pacientes que poidan provocar con facilidade salpicaduras ou aerosois de sangue, fluídos corporais, segregacións e excretas.

**Bata:**

Bata limpa, non necesariamente estéril, durante as actuacións e coidados que poidan ocasionar salpicaduras ou aerosois de sangue, fluídos corporais, segregacións e excretas. Escoller unha bata que sexa adecuada para a actividade e a cantidade de fluído que nos poidamos atopar. Quita-la peza de roupa sucia tan pronto como sexa posible, e lava-las mans inmediatamente.

**Instrumental:**

Manipula-lo instrumental manchado de sangue, fluídos ou segregacións corporais ou excretas de maneira que se eviten as exposicións cutáneas ou mucosas, a contaminación da indumentaria, ou a transferencia de microorganismos a outros pacientes ou ambientes. Asegurarse de que o material reutilizable non se volve usar antes de limpalo e procesalo adecuadamente. Así mesmo, asegurarse de que o material dun só uso non é reutilizado e se refuga adecuadamente.

**Control ambiental:**

Asegurar que o hospital ten procedementos adecuados para o coidado rutineiro, limpeza e desinfección de superficies, camas, varandas, mobiliario do dormitorio, e outras superficies tocadas frecuentemente, e asegurar que estes procedementos sexan seguidos.

**Roupa branca:**

Manipular, transportar e procesa-la roupa usada manchada de sangue, fluídos corporais, segregacións ou excretas de maneira que se eviten exposicións cutáneas ou mucosas, e contaminación de indumentaria, e que se evite a transferencia de microorganismos a outros pacientes ou ambientes.

**Saúde ocupacional e patóxenos sanguíneos:**

Manexar con coidado agullas, bisturís, e outros instrumentos cortantes ou punzantes. Depositalos nos contedores específicos, que estarán situados tan próximos como sexa necesario.

Nunca encapucha-las agullas usadas, nin realizar ningunha outra manipulación coas mans. Tampouco realizar manobras nas que se dirixa a punta da agulla ou obxecto punzante ou cortante cara a calquera parte do corpo. Non quita-las agullas usadas das xiringas nin dobrar, romper ou facer calquera outra manipulación manual coas agullas. Pola contra, facer uso de técnicas axeitadas ou dispositivos mecánicos deseñados para estes fins.

Usar e ter á disposición máscaras faciais, ambús e outros dispositivos de ventilación como alternativa ós métodos de resucitación boca a boca nas áreas onde sexa previsible realizar estas técnicas.

### ANEXO III: PROFILAXE ANTITETÁNICA EN URXENCIAS

SITUACIÓN DE INMUNIZACIÓN	FERIDA DE BAIXO RISCO	FERIDA DE ALTO RISCO <sup>A</sup>
ANTITETÁNICA	Con menos de 6 horas de evolución Non penetrante (<1 cm) Sen tecidos desvitalizados Sen contaminantes: sucidade, saliva, corpos extraños... De configuración lineal (non forma estrelada, sen erosións) Non foi producida por proxectil, mordedura, queimadura nin conxelación	As non incluídas no epígrafe 'baixo risco'
Non vacinación, ou vacinación incompleta (1-2 doses), ou situación incerta ou descoñecida	1 dose de Td <sup>B</sup> Completar, no seu momento, a serie 1 <sup>a</sup> vacinación	1 dose de Td <sup>B</sup> + Gamma-Globulina Antitetánica <sup>C</sup> Completar, no seu momento, a serie 1 <sup>a</sup> vacinación
Vacinación completa (≥3 doses) hai >10 anos	1 dose de Td <sup>B</sup> Indicar dose de recordo ós 10 anos	1 dose de Td <sup>B</sup> Indicar dose de recordo ós 10 anos
Vacinación completa (≥3 doses) hai >5 anos e <10 anos	Nada	1 dose de Td <sup>B</sup> Indicar dose de recordo ós 10 anos
Vacinación completa (≥3 doses) hai <5 anos	Nada	Nada

<sup>A</sup> Diante dunha ferida de 'alto risco', ademais da profilaxe antitetánica, tamén cómpre avaliar a necesidade de limpeza cirúrxica e de antibióticos (no caso de mordeduras humanas ou de animais: amoxicilina-clavulánico 500 mg/8 horas durante 3-5 días).

<sup>B</sup> Toxoide tetánico e diftérico do adulto: 0,5 ml IM en rexión deltoidea. Se o paciente ten <7 anos usar DT, no canto de Td.

<sup>C</sup> 250 U en nenos e 500 U en adultos, por vía IM.

NOTA: cando se administre toxoide e gamma-globulina, utilizar xiringas distintas e inocular en sitios diferentes.

## ANEXO IV: PROFILAXE TRAL A EXPOSICIÓN PARENTERAL OU MUCOSA Ó VIRUS DA HEPATITE B EN URXENCIAS

STATUS PERSOA EXPOSTA	CASO FONTE con HBs-Ax +	Caso fonte descoñecido/inaccesible
NON VACINADO PREVIAMENTE OU EN PROCESO DE VACINACIÓN (só ten postas 1 ou 2 doses de vacina)	1 dose de HBIG + 1 dose de VACINA + completar vacinación	1 dose de VACINA + Completar vacinación
VACINADO PREVIAMENTE E RESPONSA DESCOÑECIDA	Determinación anti-HBs: niveis adecuados: nada niveis inadecuados: 1 dose de vacina	Determinación anti-HBs: niveis adecuados: nada niveis inadecuados: 1 dose de vacina
VACINADO PREVIAMENTE RESPONDEDOR <sup>e</sup> , E CON EVIDENCIA RECIENTE DE PROTECCIÓN <sup>f</sup> (Anti-HBs $\geq 10$ mIU/ml realizado hai < 24 meses)	Nada	Nada
VACINADO PREVIAMENTE, RESPONDEDOR <sup>e</sup> , E SEN EVIDENCIA RECIENTE DE PROTECCIÓN <sup>f</sup> (Anti-HBs $\geq 10$ mIU/ml realizado hai $\geq 24$ meses)	Determinación anti-HBs: niveis adecuados: nada niveis inadecuados: 1 dose de vacina	Determinación anti-HBs: niveis adecuados: nada niveis inadecuados: 1 dose de vacina
VACINADO PREVIAMENTE E NON RESPONDEDOR	1 dose de vacina+1 dose de HBIG <sup>c</sup> . Se xa recibiu 4 ou máis doses vacina, 1 dose HBIG <sup>c</sup> + outra 1 mes despois	1 dose de vacina+1 Dose de HBIG <sup>c</sup> . Se xa recibiu 4 ou máis doses vacina, 1 dose HBIG <sup>c</sup> + outra 1 mes despois

<sup>a</sup> As persoas que sufriron e superaron correctamente unha hepatitis B (e polo tanto son negativas para o HBsAx, e positivas para o anti-HBc e anti-HBs) están inmunizadas por vía natural contra a infección e non precisan profilaxe.

<sup>e</sup> RESPONDEDOR: individuo vacunado que presentou un título de anti-HBs  $\geq 10$  mIU/ml, realizado tras completa-la pauta de vacinación.

<sup>c</sup> HBIG: gammaglobulina específica contra a hepatitis B: 0,06 ml/kg de peso corporal. A primeira dose vacinal pode ser simultánea coa HBIG, pero en sitio diferente. Recómendase a administración nas primeiras 24 horas. Existen 2 presentacións comerciais:

- Persoas cun peso  $\geq 50$  kg: usar presentación de 600 UI (5 ml)
- Persoas cun peso > 50 kg: usar presentación de 1.000 UI (3ml)

**ANEXO V: Táboa 5.1. EXPOSICIÓN PERCUTÁNEA Ó VIH: QUIMIOPROFILAXE POSTEXPOSICIÓN PROFESIONAL**

CARACTERÍSTICAS DO MATERIAL FONTE <sup>a</sup>	ACTITUDE	PAUTAS ANTIRRETROVIRAIS <sup>b,c,d</sup>
RISCO ELEVADO  Volume de sangue grande (p.ex. ferida profunda con agulla oca de Ø grande que estivo inserida nunha vea ou arteria do caso fonte) ou sangue visible e/ou sospeita de viremia alta (p.ex. caso fonte con enfermidade aguda por VIH ou SIDA estado terminal)	RECOMENDAR	ZDV+3TC+IDV/Nelfinavir
SANGUE  Non están implicados nin grandes volumes de sangue nin hai sospeita de viremia alta (p.ex. picada cunha agulla sólida procedente dun paciente VIH asintomático)	RECOMENDAR	ZDV+3TC
FLUÍDOS CONTENDO SANGUE VISIBILE		
OUTROS FLUÍDOS POTENCIALMENTE INFECCIOSOS líquidos obxecto das 'precaucións universais': seme, segregacións vexinais, LCR, líquido sinovial, pleural, pericárdico, peritoneal e amniótico	OFRECER	
TECIDOS		
OUTROS FLUÍDOS líquidos que non son obxecto das 'precaucións universais': urínios, feces, segregacións nasais, saliva, esputo, suor, lágrimas e vómitos	NON OFRECER (non existe risco)	

<sup>a</sup> Calquera exposición a concentrados de VIH (p.ex. en laboratorios de investigación ou instalacións de produción) debe tratarse como exposición a sangue co máximo risco.

<sup>b</sup> **ZDV** (Zidovudina) = 300 mg/12 Horas/4 semanas **3TC** (lamivudina) = 150 mg/12 horas/4 semanas **IDV** (indinavir) = 800 mg/8 horas/4 semanas **Nelfinavir**=750 mg/8horas/4 sem.

<sup>c</sup> A alerxia coñecida a calquera dos tres antirretrovirais contraindica o seu emprego. Ademais a ZDV non se debe usar en individuos con anemia (Hb<7.5g/l), neutropenia (<750), ou en pacientes a tratamento con ribavirina. Por outra banda o uso de IDV está contraindicado en pacientes a tratamento con calquera dos seguintes fármacos: alprazolán, disáprida, nifedipina, rifampicina, terfenadina e triazolán. A información sobre o uso dos antirretrovirais nunha muller embarazada é limitada: a ZDV parece ser segura no 2º e 3º trimestre. Hai moi pouca información sobre a seguridade da ZDV durante o 1º trimestre, así como sobre a seguridade dos outros antirretrovirais durante o embarazo.

<sup>d</sup> Os receptores de antirretrovirais deben ser advertidos de que estes fármacos poden producir efectos secundarios de certa importancia, aínda que ás doses e durante o tempo recomendados neste protocolo son pouco habituais. A ZDV pode ocasionar síntomas gastrointestinais, fatiga e dor de cabeza. En individuos con infección por VIH, o 3TC pode causar síntomas gastrointestinais, e, en raras ocasións, pancreatite, e a toxicidade por IDV inclúe síntomas gastrointestinais e, en xeral, despois do uso prolongado, hiperbilirrubinemia laxeira e cálculos reñais.

## ANEXO V: Táboa 5.2. EXPOSICIÓN MUCOSA Ó VIH: QUIMIOPROFILAXE POSTEXPOSICIÓN PROFESIONAL

CARACTERÍSTICAS DO MATERIAL FONTE <sup>a</sup>	ACTITUDE	PAUTAS ANTIRRETROVIRAIS <sup>b,c,d</sup>
SANGUE (cantidade importante, tempo contacto prolongado ou sospeita alto título VIH)	RECOMENDAR	ZDV+ 3TC +IDV/Nelfinavir
FLUIDOS QUE CONTENEN SANGUE VISIBLE (sangue pequena cantidade/sospeita alto título VIH)	OFRECER	ZDV+ 3TC
OUTROS FLUIDOS POTENCIALMENTE INFECCIOSOS: líquidos obxecto das 'precaucións universais': seme, segregacións vexinais, LCR, líquido sinovial, pleural, pericárdico, peritoneal e amniótico		
TECIDOS		
OUTROS FLUIDOS: líquidos que non son obxecto das 'precaucións universais': orniños, feces, segregacións nasais, saliva esputo, suor, lágrimas e vómitos. Sangue pequena cantidade/tempo contacto breve/baixo título VIH	NON OFRECER (non existe risco)	

<sup>a</sup> Calquera exposición a concentrados de VIH (p.ex. en laboratorios de investigación ou instalacións de produción) debe tratarse como exposición a sangue co máximo risco.

<sup>b</sup> **ZDV** (Zidovudina) = 300 mg/12 Horas/4 semanas **3TC** (lamivudina) = 150 mg/12 horas/4 semanas **IDV** (indinavir) = 800 mg/8 horas/4 semanas **Nelfinavir**= 750 mg/8h /4 sem.

<sup>c</sup> A alerxia coñecida a calquera dos tres antirretrovirais contraindica o seu emprego. Ademais a ZDV non se debe usar en individuos con anemia (Hb<7,5g/l), neutropenia (<750), ou en pacientes a tratamento con ribavirina. Por outra banda o uso de IDV está contraindicado en pacientes con tratamento con calquera dos seguintes fármacos: alprazolán, cispripida, midazolán, rifampicina, terfenadina e triazolán. A información sobre o uso dos antirretrovirais nunha muller embarazada é limitada: a ZDV parece ser segura no 2º e 3º trimestre. Hai moi pouca información sobre a seguridade da ZDV durante o 1º trimestre, así como sobre a seguridade dos outros antirretrovirais durante o embarazo.

<sup>d</sup> Os receptores de antirretrovirais deben ser advertidos de que estes fármacos poden producir efectos secundarios de certa importancia, aínda que ás doses e durante o tempo recomendados neste protocolo son pouco habituais. A ZDV pode ocasionar síntomas gastrointestinais, fatiga e dor de cabeza. En individuos con infección por VIH, o 3TC pode causar síntomas gastrointestinais, e, en raras ocasións, pancreatite, e a toxicidade por IDV inclúe síntomas gastrointestinais e, en xeral, despois do uso prolongado, hiperbilirrubinemia leveira e cálculos renais.

**ANEXO V: TABOA 5.3. EXPOSICIÓN CUTÁNEA DE ALTO RISCO Ó VIH: QUIMIOPROFILAXE POSTEXPOSICIÓN PROFESIONAL** (Unha ou máis das seguintes condicións: A. Volume grande, B. Existiu un contacto prolongado, C. A área exposta é ampla, D. A integridade da pel da zona exposta está visiblemente alterada)

CARACTERÍSTICAS DO MATERIAL FONTE <sup>a</sup>	ACTITUDE	PAUTAS ANTIRRETROVIRAIS <sup>b,c,d</sup>
SANGUE	RECOMENDAR	ZDV + 3TC
Título baixo de VIH Sospeita de que o fluído ten un título alto de VIH	RECOMENDAR	ZDV + 3TC +IDV/Nelfinavir
FLUIDOS CONTENDO SANGUE VISIBLE	RECOMENDAR	ZDV + 3TC
Sospeita de que o fluído ten un título alto de VIH	RECOMENDAR	ZDV + 3TC +IDV/Nelfinavir
FLUIDOS POTENCIALMENTE INFECCIOSOS: Líquidos obxecto das precaucións universais <sup>e</sup> : LCR, liq. sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico ou amniótico, sème, segregacións vexinais,	RECOMENDAR	ZDV + 3TC
TÍTULO BAIXO DE VIH Sospeita de que o fluído ten un título alto de VIH	RECOMENDAR	ZDV + 3TC +IDV/Nelfinavir
TÍTULO BAIXO DE VIH Sospeita de que ten un título alto de VIH	RECOMENDAR	ZDV + 3TC
Sangue: gotas, contacto breve	RECOMENDAR	ZDV + 3TC +IDV/Nelfinavir
OUTROS FLUIDOS: líquidos que non son obxecto das precaucións universais <sup>e</sup> : oriniños, feces, segregacións nasais, saliva, esputo, suor, lágrimas e vómitos	NON OFRECER	

<sup>a</sup> Calquera exposición a concentrados de VIH (p.ex. en laboratorios de investigación ou instalacións de produción) debe tratarse como exposición a sangue co máximo risco.

<sup>b</sup> **ZDV** (Zidovudina) = 300 mg/12 Horas/4 semanas **3TC** (lamivudina) = 150 mg/12 horas/4 semanas **IDV** (indinavir) = 800 mg/8 horas/4 semanas **Nelfinavir**=750 mg/8h./4 sem.

<sup>c</sup> A alerxia conñecida a calquera dos tres antirretrovirais contraindica o seu emprego. Ademais a ZDV non se debe usar en individuos con anemia (Hb<7,5g/l), neutropenia (<750), ou en pacientes a tratamento con ribavirina. Por outra banda o uso de IDV está contraindicado en pacientes con tratamento con calquera dos seguintes fármacos: alprazolán, cisaprida, midazolán, rifampicina, terfenadina e triazolán. A información sobre o uso dos antirretrovirais nunha muller embarazada é limitada: a ZDV parece ser segura no 2º e 3º trimestre. Hai moi pouca información sobre a seguridade da ZDV durante o 1º trimestre, así como sobre a seguridade dos outros antirretrovirais durante o embarazo.

<sup>d</sup> Os receptores de antirretrovirais deben ser advertidos de que estes fármacos poden producir efectos secundarios de certa importancia, aínda que ás doses e durante o tempo recomendados neste protocolo son pouco habituais. A ZDV pode ocasionar síntomas gastrointestinais, fatiga e dor de cabeza. En individuos con infección por VIH, o 3TC pode causar síntomas gastrointestinais, e, en raras ocasións, pancreatite, e a toxicidade por IDV inclúe síntomas gastrointestinais e, en xeral, despois do uso prolongado, hiperbilirrubinemia lixeira e cálculos renais.