

NORMAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE CON MATERIAL BIOCONTAMINADO (VHB, VHC y VIH)

Todo trabajador del centro (todo aquel que desarrolle una actividad con pacientes, el material utilizado con ellos o sus desechos) debe tener al día su calendario vacunal y trabajar según el modelo de medidas de protección universal.

- 1.1- En heridas cutáneas (punciones, cortes), salpicaduras a piel no integra
Lavar la zona con agua y jabón.
- 1.2- Si contaminación de mucosas (oral, respiratoria, bucal)
Lavado con agua abundante o suero fisiológico
- 2.- No forzar sangrado
- 3.- En heridas y piel no intacta: Aplicar antiséptico local (clorhexidina, povidona yodada)
- 3.- Comprobar analítica de la fuente (enfermo): marcadores VHB, VHC y VIH
- 4.- Acudir al Servicio de Salud Laboral o en su defecto a Urgencias.

EVALUACION INICIAL DEL ACCIDENTE (Datos a recoger por SPRL o S. Urgencias)

Tipos de exposición: de + a - riesgo			
ORGANO EXPUESTO	TIPO MATERIAL	BARRERAS (efecto protector)	LIQUIDOS
1. Percutanea: 1.1. PROFUNDA 1.2. INTERMEDIA= Brota sangre 1.3. SUPERFICIAL= Erosión 2. Mucosas 3. Piel no intacta	1. Aguja hueca 2. Aguja maciza u hoja cortante	1. Guante 2. Piel intacta	1. Sangre, semen secreción vaginal 2. LCR, Leche materna, líquidos serosos, líquido amniótico, tejidos-liq, no fijados(desconocido) 3. Vómitos, heces, saliva, sudor, lágrimas, orina y esputo (nulo salvo contaminación sangre)

EVALUACION FUENTE		
VIRUS	DETECCION	CARGA VIRAL
VHB	DETERMINACION HBs	NO
VHC	DETERMINACION VHC	SOLO SI +
VIH	DETERMINACION VIH	SI

EVALUACION TRABAJADOR	
DETERMINACION HBs (Postvacunal) DETERMINACION VHC DETERMINACION VIH	Analítica general que incluya hemograma completo y bioquímica (perfil renal y hepático).

RIESGO FRENTE A VHB

PACIENTE INÓCULO	PERSONAL SANITARIO	
	NO VACUNADO	VACUNADO
Ag HBS+ Ag HBS desconocido	Gammaglobulina específica 0,06 ml/kg IM*	Determinar titulación antiHBs Si < 10 UI revacunar
Ag HBS -	Iniciar pauta de vacunación	Si >10 UI de antiHBS NADA

*Administrar en las 24-72 horas tras la inoculación. Extraer previamente sangre para determinación de marcadores

RIESGO FRENTE A VHC

PACIENTE INÓCULO	PERSONAL SANITARIO
*VHC ⁺ o desconocido**	Determinación de anti VHC basal*
VHC -	NADA**

*Seguimiento con determinación a los 3 y 6 meses

**No existe QP eficaz frente a exposición frente a inóculo positivo VHC. Si se produce seroconversión el tratamiento precoz mejora el pronóstico de la posible hepatitis contraída.

REGIMEN DE PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN VIH

- Iniciar en la primera hora post-exposición. Generalmente no recomendada si > 72 h (ausencia de evidencia)
- Inclusión de AR no nucleósidos (nevirapina y/o efavirenz) no se recomiendan en profilaxis por su toxicidad a corto plazo.
- Inclusión de Abacavir no se recomienda por riesgo de reacción de hipersensibilidad al no disponer del HLA B*5701 del paciente

COMBINACIÓN (1)	PAUTA Y DOSIS	PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN
TRUVADA® 245/200 mg comp Tenofovir (TDF) 245 mg + Emtricitabina (FTC) 200 mg (2) + ISENTRESS® 400 mg comp Raltegravir 400 mg (3)	1 comp /24 h durante 30 días 1 comp /12 h durante 30 días	Prescribir en la aplicación de Farmatools unidosis por “PROFI. EXPOSICIÓN VIH Truvada + Isentress”. Disponible Kits de tratamiento diario (TRUVADA 1 comp+ ISENTRESS 2 COMP) en paritorio y urgencias (omnicell de observación y de MIR).

(1) Tratamiento que incluye a gestantes.

(2) Como alternativa, en sujetos portadores de **enfermedad renal** conocida o documentada en la analítica realizada antes de comenzar este régimen, se recomienda la combinación de **Zidovudina 300 mg/12h + Lamivudina 300 mg/24h**.

(3) En sustitución de Raltegravir, puede emplearse como tercer fármaco un inhibidor de la proteasa, fundamentalmente Darunavir 800 mg/24h o Atazanavir 300 mg/24h (en ambos casos potenciados con Ritonavir 100 mg/24h).

Se recomienda una re-evaluación a través de la Consulta de Enfermedades Infecciosas en las primeras 24 horas tras la indicación (salvo fines de semana), para valorar la indicación de dicha profilaxis, y evaluar con el sujeto expuesto el cumplimiento de posibles métodos de barrera en las futuras relaciones sexuales, y aspectos relacionados con la adherencia y las potenciales toxicidades de los fármacos empleados. Así mismo, se efectuará seguimiento y controles clínicos al menos cada dos semanas hasta completar la pauta.

RECOMENDACIONES DE PROFILAXIS CON ANTIRRETROVIRALES EN CASO DE EXPOSICIÓN ACCIDENTAL CON INÓCULO VIH

Se recomienda profilaxis antirretroviral cuando la exposición sea significativa

TIPO DE EXPOSICIÓN	MECANISMO	RIESGO
Percutánea	pinchazo y/o corte con agujas y/o instrumental	SIGNIFICATIVO
Membrana mucosas y/o conjuntiva	Salpicaduras con fluidos biológicos infectantes	SIGNIFICATIVO
Piel no íntegra	Contacto o salpicadura en caso de abrasión, cortes, heridas, eczema, etc	SIGNIFICATIVO
Piel íntegra	Contacto	NO SIGNIFICATIVO

FLUIDOS CORPORALES IMPLICADOS EN EXPOSICION

FLUIDOS CON RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • SANGRE • EXUDADOS DE QUEMADURAS O LESIONES CUTANEAS • LIQUIDO: pleural, pericárdico, amniótico, cefalorraquideo, peritoneal, sinovial. • LECHE MATERNA • SEMEN • SECRECIONES VAGINALES • TEJIDOS Y ÓRGANOS NO FIJADOS • SALIVA EN INTERVENCIONES DENTALES (probablemente contaminada con sangre aunque no sea visible) • CUALQUIER FLUIDO CONTAMINADO CON SANGRE
FLUIDOS SIN RIESGO* Excepto contaminación con sangre visible	<ul style="list-style-type: none"> • ORINA • VÓMITOS • LAGRIMAS • HECES • SALIVA

Bibliografía: Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Marzo 2015. Obtenido en <http://www.seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/gesida/dcientificos/documentos/2015/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf> [consultado: 26 junio 2015].

Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos