

Protocolo

Accidentes ocupacionales con material biológico

Hospital Donostia

30

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN
EN CASO DE ACCIDENTES
OCUPACIONALES CON
MATERIAL BIOLÓGICO**

ÍNDICE

1. Objeto	5
2. Alcance	5
3. Documentación de referencia	5
4. Accidente biológico: conceptos	5
5. Importancia del accidente biológico	6
6. Lugar de inicio del protocolo	7
7. Registro de la información relevante del accidente	7
8. Limpieza adecuada de la herida	8
9. Factores de riesgo en la transmisión	8
10. Cumplimentación del volante para las determinaciones analíticas y realización de la extracción de sangre al trabajador accidentado	9
11. Cumplimentación del volante para las determinaciones analíticas y realización de la extracción de sangre al paciente-fuente	9
12. Profilaxis frente al VIH	11
13. Profilaxis frente al virus de la Hepatitis B	13
14. Profilaxis frente al virus de la Hepatitis C	14
15. Cumplimentación del Parte de Accidente de Trabajo	14
16. Seguimiento postexposicional	14
17. Anexos	16
• Anexo 1. Volante de petición de Microbiología. Accidente biológico: trabajador	16
• Anexo 2. Consentimiento informado, del paciente con cuyos fluidos se ha producido el accidente, para la extracción de sangre y realización de análisis (estudio serológico)	17
• Anexo 3. Volante de petición de Microbiología. Accidente biológico: paciente	18
• Anexo 4. Consentimiento informado para la profilaxis con antirretrovirales tras accidente ocupacional con material biológico	19

• Anexo 5. Solicitud al Servicio de Farmacia de la primera dosis de la medicación	20
• Anexo 6. Documento informativo "Profilaxis tras accidentes ocupacionales con material biológico	21
• Anexo 7. Algoritmo de actuación en Urgencias	26

1. OBJETO

Este documento tiene por objeto la protocolización de la atención de los trabajadores que hayan sufrido un accidente o exposición con material biológico, durante el desarrollo de las actividades laborales, estableciendo el lugar de la atención, la información relevante a registrar, las determinaciones analíticas a realizar al trabajador y al paciente-fuente si es conocido, la pauta de profilaxis con antirretrovirales, la pauta de profilaxis frente a la hepatitis B y el seguimiento postexposicional, así como los documentos anexos necesarios.

2. ALCANCE

Este protocolo se aplicará a todos los trabajadores del Hospital Donostia que acudan a la Unidad de Salud Laboral o al Servicio de Urgencias Generales tras sufrir un accidente ocupacional con material biológico.

3. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Protocolo de actuación en caso de accidentes ocupacionales con material biológico. Creado el 10/3/2000 y actualizado el 28/1/2002.
- Documento de consenso de GESIDA. Terapia antirretroviral y enfermedades asociadas al VIH (2000-2002). Ediciones Doyma 2002.
- Recomendaciones de GESIDA / Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el VIH (octubre 2004). Enferm. Infecc. Microbiol Clín 2004; 22(10): 564-642.
- Informe técnico: Determinaciones serológicas a paciente fuente de accidentes biológicos. Documento de consentimiento informado. A.Collazos (Coordinadora del Servicio de Prevención). Marzo/2005.

4. ACCIDENTE BIOLÓGICO: CONCEPTOS

Se considera "exposición" o "accidente" el contacto con sangre u otros fluidos biológicos (semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, pleural, sinovial, amniótico, peritoneal y pericárdico), a través de inoculación percutánea o contacto con una herida abierta, piel intacta o mucosas, durante el desarrollo de las actividades laborales.

La orina, heces, saliva, lágrimas, secreciones nasales, sudor o vómitos NO suponen riesgo de transmisión del VIH, siempre y cuando no estén contaminadas con sangre u otros fluidos mencionados en el párrafo anterior.

Se distinguen dos situaciones:

- Accidente con material de paciente-fuente desconocido: aguja en un contenedor...
- Accidente con material de paciente-fuente conocido o identificable.

5. IMPORTANCIA DEL ACCIDENTE BIOLÓGICO

Cuando un trabajador sanitario sufre un accidente con sangre u otros fluidos (líquido cefalorraquídeo, peritoneal, amniótico, pleural, pericárdico, sinovial, semen o secreciones vaginales) de una persona infectada por virus transmitidos por sangre (VIH, VHB, VHC), presenta riesgo de ser infectado por los mismos.

Estudios realizados en trabajadores sanitarios han estimado que tras una exposición con una fuente AgHBs y AgHBe positivos, el riesgo de desarrollo clínico de una hepatitis B es del 22%-31%, siendo el de seroconversión el 37%-62%. Tras una exposición con una fuente AgHBs positivo y AgHBe negativo, el riesgo de desarrollo clínico de una hepatitis B es del 1%-6%, siendo el de seroconversión 23%-37%.

En el caso de la hepatitis C, el promedio de incidencia de seroconversión (AcVHC positivo) tras una exposición accidental percutánea en una fuente VHC positiva es del 1,8% (rango 0%-7%), siendo rara la transmisión a través de mucosas expuestas a sangre y no existiendo documentado caso alguno de transmisión a través de piel intacta y no intacta con sangre. De estudios recientes se desprende además que el tratamiento durante la fase aguda de la hepatitis C mediante Interferón más Ribavirina puede prevenir el desarrollo de una infección crónica, dando como resultados analíticos niveles normales de transaminasas y niveles indetectables de RNA-VHC en el 98% de los que finalizaron el tratamiento.

El riesgo de transmisión ocupacional del VIH depende del tipo de exposición y del estado de la fuente. Tras un accidente percutáneo el riesgo es pequeño (0,3%) y menor todavía en caso de contacto con mucosas o piel no intacta (0,1%).

Los datos de unos estudios realizados por los CDC sugieren que el uso de Zidovudina y otros antirretrovirales (ARV), después de ciertos accidentes, puede reducir la posibilidad de infectarse por VIH. En un estudio de casos y controles, el riesgo de infección se redujo aproximadamente en un 81% en los que tomaron Zidovudina. Sin embargo, se han descrito fracasos de la profilaxis post-exposición (PPE) en humanos, la mayoría en pacientes tratados con Zidovudina en monoterapia, aunque hay también casos descritos en pacientes con doble y triple terapia. La mayoría de los casos de fracaso se produjeron en pacientes-fuente con tratamiento previo con ARV, con resistencias a AZT y/u otros ARV. Otros factores que podrían haber contribuido al fracaso están en relación directa con la naturaleza de la exposición, un título viral alto y/o un inóculo importante, el retraso en el inicio o un tiempo de profilaxis insuficiente.

A la vista de los resultados de estos estudios, el Grupo de Trabajo de Medicina Preventiva / Salud Pública del Plan de Prevención y Control del SIDA del Departamento de Sanidad, formado por distintos especialistas, ha decidido que es necesario informar a la persona que ha sufrido una exposición accidental y ofrecer la posibilidad de realizar la profilaxis. La decisión de realizar el tratamiento profiláctico debe hacerse de forma individualizada y es, en definitiva, una elección personal del trabajador accidentado.

No existe en la actualidad el nivel de evidencia necesario para poder recomendar una determinada pauta de tratamiento antirretroviral (TARV) en situaciones de PPE. A falta de ella, tanto en las guías americanas como en las europeas, se recomienda la administración de dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITAN) más un inhibidor de la proteasa (IP). Así, considerando la importancia de conseguir la máxima eficacia y dada su relativamente buena tolerancia, se recomienda la utilización de Zidovudina (AZT) asociada a Lamivudina (3TC) y Lopinavir/Ritonavir.

Dado que la información disponible respecto a la utilización de Lopinavir/Ritonavir en mujeres embarazadas es limitada, en esta situación se recomienda sustituir Lopinavir/Ritonavir por Nelfinavir.

Para aquellos accidentes en los que el paciente-fuente VIH positivo ha presentado resistencias a ARV en algún momento de su evolución, es más recomendable una pauta individualizada basada en fármacos a los que el virus del paciente sea presuntamente susceptible.

6. LUGAR DE INICIO DEL PROTOCOLO

- En el caso de un accidente o exposición que se produzca entre las 8:00-15:00 h, en días laborales, es decir dentro del horario de trabajo de la Unidad de Salud Laboral, el trabajador accidentado acudirá o se pondrá en contacto lo más rápidamente posible con esta Unidad, donde le indicarán los pasos a seguir.
- Cuando el accidente o exposición ocurra entre las 15:00-8:00 h del día siguiente, en sábados y festivos, es decir, fuera del horario de trabajo de la Unidad de Salud Laboral, acudirá de inmediato al Servicio de Urgencias Generales.

7. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN RELEVANTE DEL ACCIDENTE

En cualquiera de los casos, se deberá comprobar y recoger si se dispone de (se registrará y remitirá esta información a la Unidad de Salud Laboral):

Datos del paciente-fuente, si se conocen:

- Identificación: nombre, dos apellidos, número de historia.
- Situación inmunológica respecto al VIH, VHB o VHC, si la tuviera.

Una valoración de las circunstancias del accidente, como:

- Tiempo transcurrido desde el pinchazo.
- Características de la aguja.
- Volumen y tipo de fluido inoculado.
- Tipo de barreras protectoras utilizadas como guantes, bata, mascarilla...

8. LIMPIEZA ADECUADA DE LA HERIDA

- Limpiar la herida con agua corriente y jabón, sin restregar, permitiendo a la sangre fluir libremente durante 2-3 minutos bajo agua corriente. Ninguna evidencia científica demuestra que el uso de antisépticos en la herida o que inducir el sangrado reduce el riesgo de transmisión del VIH. No se recomienda el uso de lejía.
- Cubrir la herida con un apósito impermeable.
- En caso de salpicaduras de sangre o fluidos a piel: lavado con agua y jabón.
- En caso de salpicaduras de sangre y fluidos a mucosas: lavado inmediato con agua abundante.

9. FACTORES DE RIESGO EN LA TRANSMISIÓN

Con el fin de que el trabajador tenga una referencia que le ayude a tomar una decisión, se exponen a continuación las circunstancias que conllevan de mayor a menor riesgo de transmisión del VIH.

9.1. DE MAYOR A MENOR RIESGO DE TRANSMISIÓN

Exposición masiva (inyección de gran volumen de sangre o exposición parenteral a concentrados de VIH en laboratorio) con sangre de un paciente VIH positivo.

Exposición parenteral con sangre de un paciente VIH positivo:

- Pinchazo profundo con aguja hueca.
- Herida producida por un instrumento contaminado.
- Herida reciente que se contamina con sangre o fluidos corporales.
- Contaminación de piel o mucosas.

9.2. CIRCUNSTANCIAS QUE "INCREMENTAN EL RIESGO" DE TRANSMISIÓN DEL VIH

- Profundidad del pinchazo.
- Existencia de sangre visible en el instrumental.
- Que el instrumental proceda directamente de vena o arteria.
- Estadio terminal del paciente (o elevada carga viral).

9.3. OTROS FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR

- El tipo de fluido (la concentración de VIH es mayor en sangre que en otros fluidos).
- Si ha habido, o no, inyección de fluidos.
- Si el pinchazo se ha producido con o sin guantes (los guantes de látex o similares tienen un efecto protector al disminuir la cantidad de sangre inyectada).
- Si el contacto se ha producido en mucosas o piel, se tendrán en cuenta el volumen de fluido y el tiempo de contacto.

10. CUMPLIMENTACIÓN DEL VOLANTE PARA LAS DETERMINACIONES ANALÍTICAS Y REALIZACIÓN DE LA EXTRACCIÓN DE SANGRE AL TRABAJADOR ACCIDENTADO

Se deberá extraer sangre del trabajador accidentado, rotulando claramente:

VOLANTE DE PETICIÓN DE MICROBIOLOGÍA (Anexo 1)

- Destino: únicamente a la Unidad de Salud Laboral.
- Etiquetar con pegatinas de códigos de barras, el volante y el tubo de la muestra (tubo amarillo de Serología).
- Identificar el médico responsable y la fecha de extracción.
- Orientación Diagnóstica: Indicar: "Accidente biológico: Trabajador".
- Solicitar Serología de
 - AcVIH 1-2
 - AcVHC
 - AcHBc
 - Añadir AcHBs, si fue vacunado.

- Identificar al trabajador accidentado mediante un código de identificación:

Año, mes y día de nacimiento (2 dígitos), sexo (1 varón, 2 mujer), primer apellido, segundo apellido, nombre (dos primeras letras).

Ejemplo: Un trabajador que se llamara Juan José González López, nacido el 3 de Septiembre de 1950, se codificaría de la siguiente forma: 5009031GOLOJUJO

Año	Mes	Día	Sexo (1/2)	1º apellido	2º apellido	Nombre
1950	Septiembre	3	varón	González	López	Juan José
50	09	03	1	GO	LO	JUJO

11. CUMPLIMENTACIÓN DEL VOLANTE PARA LAS DETERMINACIONES ANALÍTICAS Y REALIZACIÓN DE LA EXTRACCIÓN DE SANGRE AL PACIENTE-FUENTE

Si el paciente-fuente es conocido o identificable, se le deberá extraer sangre para realizar estudio serológico.

Previo a la extracción, se solicitará que el paciente-fuente dé su AUTORIZACIÓN POR ESCRITO mediante el documento "Consentimiento informado, del paciente con cuyos fluidos se ha producido el accidente, para la extracción de sangre y realización de análisis (estudio serológico)" (Anexo 2). El documento firmado se archivará en su historia clínica.

VOLANTE DE PETICIÓN DE MICROBIOLOGÍA (Anexo 3)

- Destino: únicamente dirigido a la Unidad de Salud Laboral.
- Etiquetar con pegatinas de códigos de barras, el volante y el tubo de la muestra (tubo amarillo de Serología).
- Identificar al paciente-fuente: Nombre, dos apellidos y n° de Historia clínica.
- Identificar el Médico responsable y la fecha de extracción.
- Orientación Diagnóstica. Indicar: "Accidente biológico. Paciente".
- Solicitar Serología de:
 - AcVIH 1-2
 - AcVHC
 - AgHBs (Ag-Australia)

Con el fin de que el proceso de autorización por escrito, extracción y custodia de la sangre extraída al paciente-fuente se realice con la mayor veracidad y exactitud posible, serán en el turno de mañana, la supervisora de la planta correspondiente, y en el turno de tarde-noche y festivos la supervisora general, quienes se responsabilicen de este proceso.

Las muestras de sangre, junto con los volantes, se deberán entregar en el "Área de recepción de muestras" del Laboratorio de Lunes a Viernes (8:00-15:00 h) o en el Laboratorio de Urgencias (resto del horario).

La determinación serológica del VIH será realizada en el plazo de tiempo más breve posible por el microbiólogo de guardia. Como el resultado de la misma es determinante para el seguimiento en la administración de la profilaxis, el médico que realiza la petición (Urgencias Generales o Salud Laboral) contactará por teléfono con el microbiólogo de guardia para que la determinación de AcVIH se efectúe con carácter de Urgencia, en menos de 8 horas. Se admitirán únicamente aquellas muestras y volantes que, debidamente cumplimentadas y firmadas por un médico, provengan de la Unidad de Salud Laboral y/o de Urgencias Generales.

Los resultados serán enviados a:

- Unidad de Salud Laboral
- Servicio de Urgencias Generales: sólo cuando el resultado de la analítica se emitiera en horario de 15:00-8:00 h en sábados y días festivos.

12. PROFILAXIS FRENTE AL VIRUS VIH

12.1. Recomendaciones de PPE:

TRAS LESIÓN PERCUTÁNEA:

- Fuente desconocida: p.e. aguja procedente de un contenedor.

PPE **No** recomendada; considerar la PPE en zonas del hospital donde la exposición al VIH sea probable.

- Fuente conocida: paciente-fuente identificable.

PPE **Sí** recomendada; dar la primera dosis cuanto antes (mejor en las primeras 2 horas).

TRAS EXPOSICIÓN MUCOCUTÁNEA:

- Fuente desconocida: p.e. salpicadura de sangre inadecuadamente situada.

PPE **No** recomendada; considerar la PPE en zonas del hospital donde la exposición al VIH sea probable.

- Fuente conocida: paciente-fuente identificable.

PPE **Sí** recomendada; dar la primera dosis cuanto antes (mejor en las primeras 2 horas).

12.2. Inicio de la profilaxis postexposición (PPE) antirretroviral

Una vez que el trabajador accidentado haya sido informado de las ventajas e inconvenientes de la profilaxis con antirretrovirales, si decidiera iniciar la profilaxis, deberá firmar el "Consentimiento informado para profilaxis con antirretrovirales tras accidente ocupacional con material biológico" (Anexo 4).

Si a pesar de estar recomendada la PPE, el trabajador la rechazara, deberá dejarse constancia de esta decisión, por escrito y con la firma del trabajador, en el informe de su atención.

12.3 Ventajas de la profilaxis precoz

Se recomienda que el tratamiento comience lo antes posible, preferentemente en las dos primeras horas después de la exposición.

Si las recomendaciones de PPE lo aconsejan, y mientras se realizan las pruebas oportunas, parece prudente tomar la primera dosis de medicación. Los beneficios de esta primera dosis, en un intervalo de tiempo corto tras la exposición parecen claramente superiores a los efectos secundarios que se puedan producir.

12.4. Situaciones particulares que pueden influir en el inicio de la profilaxis

Se preguntará al trabajador accidentado acerca de aquellas situaciones particulares que puedan influir en el inicio de la profilaxis post-exposición como por ejemplo embarazo, lactancia, tratamientos médicos, enfermedad hepática o renal, etc.

La situación especial de la trabajadora sanitaria embarazada genera problemas especiales. Toda trabajadora sanitaria embarazada que sufra una exposición ocupacional al VIH deberá ser informada del riesgo de infección, y en caso de que se produzca, del riesgo de transmisión al feto y de los riesgos de la toma de medicación. En la actualidad los CDC claramente afirman que el embarazo NO contraindica el uso de profilaxis post-exposición, aconsejando utilizar como inhibidor de proteasa el Nelfinavir.

12.5. Accidentes ocurridos en periodos superiores a 24-48 horas

En el caso de que el accidente se haya producido en un período superior a las 24-48 horas, NO hay datos en humanos que demuestren a partir de qué momento la profilaxis postexposición no es efectiva, por lo que el tratamiento antirretroviral debe ser considerado, valorando los riesgos de infección que se han referido en el apartado 9 y los posibles efectos secundarios de los medicamentos.

No se recomienda, en general, iniciar el tratamiento cuando han transcurrido más de 72 horas desde el accidente.

12.6. Fármacos a administrar

El régimen base será AZT + 3TC + Lopinavir/Ritonavir, durante cuatro semanas.

Sólo en circunstancias especiales de sospecha de resistencias, un experto en antirretrovirales determinará cuál podría ser el tratamiento elegido. En estos casos, aunque existan dudas sobre el régimen a emplear, parece recomendable que se tome la primera dosis del régimen considerado base y posteriormente se tomará la decisión definitiva.

Régimen base.

- **Zidovudina (AZT):** Retrovir® 250 mg 1 comp/12 horas
- **Lamivudina (3TC):** Epivir® 150 mg, 1 comp/12 horas
- **Lopinavir/Ritonavir:** Kaletra® 2 comp/12 horas
En embarazadas sustituir Lopinavir/Ritonavir por **Nelfinavir:** Viracept® 250 mg, 5 comp/12 h.

En el caso de que se hubiera comenzado con la PPE y el resultado del VIH realizado de urgencia fuera negativo, el tratamiento se **SUSPENDERÁ** inmediatamente.

Para facilitar su dispensación se utilizará el documento de solicitud a Farmacia (Anexo 5).

12.7. Efectos secundarios debidos al tratamiento antirretroviral.

Los pocos datos existentes indican que en 2/3 de los pacientes que reciben PPE se producen efectos adversos significativos, sobre todo náuseas, astenia, malestar general y diarreas, aunque sólo en un 8% se producen anormalidades analíticas, pocas de ellas serias, que se resuelven rápidamente con la suspensión del tratamiento. Es difícil conocer realmente si estos síntomas, la mayoría subjetivos, responden a toxicidad intrínseca del tratamiento, o pueden ser atribuibles, al menos en parte, al estrés de la situación. De hecho, sólo el 1,3% presentan efectos adversos grados 3 y 4 de la OMS, en la mayoría de los casos por fármacos diferentes a los recomendados en este documento. Así, en un estudio reciente, el 80% de los trabajadores sanitarios que iniciaron el tratamiento lo terminaron.

13. PROFILAXIS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS B

Las recomendaciones a seguir tras una exposición ocupacional con respecto al VHB son:

Vacunación y respuesta de anticuerpos del trabajador expuesto	Tratamiento	
	-Paciente-fuente: -AgHBs (+) -estado serológico desconocido -Fuente desconocida	Paciente-fuente: AgHBs (-)
-No vacunado -Vacunado, pero: -no respondedor o -respuesta desconocida	IgHB + iniciar vacunación de HB	Iniciar vacunación de HB
-Vacunado: -respondedor conocido	Ningún tratamiento	Ningún tratamiento
<p>Abreviaturas:</p> <ul style="list-style-type: none">• AgHBs: Antígeno de superficie de la HB.• IgHB: Inmunoglobulina de hepatitis B; un vial de 5 ml (1.000 UI de IgHB) por vía intramuscular lenta en glúteo, lo antes posible, preferentemente antes de 24 horas.• Vacuna HB: un vial de 1ml (20µg de AgHBs purificado) por vía intramuscular en la región deltoidea.• Un Respondedor es una persona con niveles adecuados de anticuerpos (AcHBs > 10mUI/ml).• Un No respondedor es una persona con una respuesta inadecuada a la vacunación (AcHBs< 10 mUI/ml). <p>La opción de tomar una dosis de IgHB y reiniciar una serie vacunal está indicada para los no respondedores que no hayan completado una segunda serie de tres dosis de vacuna. En las personas que hayan completado una segunda serie vacunal pero que han fallado en la respuesta, se indicarán dos dosis de IgHB separadas por un mes de intervalo.</p>		

14. PROFILAXIS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C

El ACIP, en un estudio realizado en 1994, concluyó que el uso de Inmunoglobulina como profilaxis postexposicional frente al virus de la Hepatitis C no estaba justificado.

En aquellos casos en los que la fuente origen del accidente sea serológicamente positiva frente al virus de la Hepatitis C se realizará en el trabajador expuesto un seguimiento postexposicional, como queda reflejado posteriormente.

15. CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

En el caso de no haber sido atendido en primera instancia en la Unidad de Salud Laboral, la persona accidentada deberá personarse en dicha Unidad, el primer día laborable, después de haberse producido la exposición, a fin de cumplimentar el correspondiente Parte de Accidente de Trabajo, así como el seguimiento clínico-serológico postexposicional y el calendario vacunal de la hepatitis B.

16. SEGUIMIENTO POST-EXPOSICIONAL

16.1. Hepatitis B

En función de la vacunación y del estado o respuesta serológica del trabajador, se completará la vacunación frente al virus de la Hepatitis B.

La vacunación consistirá en una segunda dosis al mes de la primera y una tercera dosis a los 6 meses de la primera, efectuándose un control serológico postvacunal al 1-2 meses de la última dosis de vacuna.

Se considera respondedor cuando, si tras el ciclo de tres dosis de vacuna frente al VHB, los niveles de AchBs son ≥ 10 mUI/ml, no siendo necesarias nuevas dosis de recuerdo ni controles serológicos.

Cuando, tras un primer ciclo vacunal, los niveles sean < 10 mUI/ml, es recomendable ofertar un segundo ciclo vacunal de tres dosis y testar nuevamente a los 1-2 meses. Se considera no respondedor cuando a pesar de este segundo ciclo siga teniendo cifras de AchBs < 10 mUI/ml.

16.2. Hepatitis C

Si la fuente origen del accidente fuera AcVHC positivo, se realizará al trabajador accidentado un control serológico de AcVHC, RNA-VHC y transaminasas hepáticas a las 6 semanas, 12 semanas y 6 meses del accidente.

En caso de seroconversión (RNA-VHC positivo) y/o elevación de las transaminasas hepáticas se derivará al especialista para su valoración, ya que en los últimos estudios realizados, el comienzo temprano de un tratamiento con Interferón más Ribavirina, durante la fase aguda, parece resolver la infección.

16.3. Infección VIH

En el caso de que la fuente fuera AcVIH positivo, se efectuará un control serológico de AcVIH a las 6 semanas, 12 semanas y 6 meses de haberse producido el accidente.


Si hubiera comenzado a tomar el TARV postexposicional será conveniente ser controlado para saber si hay toxicidad por parte de los fármacos, realizando un hemograma y una función renal y hepática completos al comienzo del tratamiento y dos semanas después. Deberá comunicarse cualquier enfermedad repentina o severa, como una gripe, durante el período de seguimiento, especialmente si implica fiebre, erupción cutánea, dolores musculares, malestar, o adenopatías. Tal enfermedad o síntomas pueden sugerir la infección del VIH, la reacción de los fármacos, u otras enfermedades.

16.4. Precauciones a tomar durante el período de seguimiento.

Durante el período de seguimiento, cuando se espera que la mayoría de las personas infectadas muestren signos de infección, el sanitario accidentado deberá evitar donaciones de sangre, semen o donación de órganos, y abstenerse de relaciones sexuales sin el uso correcto de un preservativo de látex. Además, las mujeres lactantes no deberán alimentar a sus hijos con leche materna durante el período de seguimiento para evitar exponer a sus hijos al VIH a través de la leche materna.


4230

ANEXO 2. Consentimiento informado, del paciente con cuyos fluidos se ha producido el accidente, para la extracción de sangre y realización de análisis (estudio serológico).

 <p>Donostia Ospitalea Hospital Donostia</p>	<p>1 abizena / 1º apellido</p> <p>2 abizena / 2º apellido</p> <p>HK zk. / Nº HC</p> <p>Izena / Nombre</p> <p>Adina / Edad Zerbitzua / Servicio Ohea / Cama</p>
<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE CON CUYOS FLUIDOS SE HA PRODUCIDO EL ACCIDENTE, PARA LA EXTRACCIÓN DE SANGRE Y REALIZACIÓN DE ANALISIS (ESTUDIO SEROLÓGICO)</p>	
<p>NOMBRE DEL MÉDICO: Fecha:</p> <p>INFORMACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none">Las infecciones producidas por los virus de las hepatitis B, C y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se transmiten fundamentalmente por vía sanguínea y por contaminación de las mucosas o piel expuestas a sangre u otros fluidos.En muchas ocasiones puede no haber síntomas hasta pasados meses o años tras el primer contacto.Un trabajador/a de este hospital ha sufrido un accidente con mi sangre, u otros fluidos, mientras realizaba su trabajo.La única forma de saber si le he podido transmitir alguna de estas infecciones es realizando un análisis de estos virus en mi sangre.Con ello podré ayudar a la asistencia del trabajador accidentado, garantizándose la confidencialidad de todos los resultados. <p>ALTERNATIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none">No existen ninguna otra alternativa para conocer si le he podido transmitir alguna de estas infecciones, salvo la realización de de unos análisis de mi sangre. <p>RIESGOS Y COMPLICACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none">Los derivados de la técnica de venopunción para la extracción de sangre.	
<p>DECLARO:</p> <p>Que he recibido y comprendido la información sobre el procedimiento que se me va a realizar y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.</p> <p>Que he recibido una copia del formulario y que he comprendido lo expuesto en el mismo.</p> <p>Que he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.</p> <p>En consecuencia:</p> <p>DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE SANGRE Y REALIZACIÓN DE ANALISIS (ESTUDIO SEROLOGICO)</p> <p>Firma del paciente,</p> <p>Nombre..... D.N.I.</p>	<p>DECLARO:</p> <p>Que he proporcionado la información adecuada al paciente y he dado respuesta a las dudas planteadas</p> <p>Firma del médico responsable,</p> <p>Nombre.....</p> <p>Nº de Colegiado:</p>
<p>REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente):</p> <p>D./Dña. D.N.I.</p> <p>Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):..... Firma</p>	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE CON CUYOS FLUIDOS SE HA PRODUCIDO EL ACCIDENTE, PARA LA EXTRACCIÓN DE SANGRE Y REALIZACIÓN DE ANALISIS (ESTUDIO SEROLÓGICO) 06/161

ANEXO 4. Consentimiento informado para la profilaxis con antirretrovirales tras accidente ocupacional con material biológico.

 <p>Donostia Ospitalea Hospital Donostia</p>	<p>1 abizena / 1º apellido</p> <p>2 abizena / 2º apellido</p> <p>HK zk. / Nº HC</p> <p>Izena / Nombre</p> <p>Adina / Edad Zerbitzua / Servicio Ohea / Cama</p>
<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFILAXIS CON ANTIRRETROVIRALES TRAS ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLÓGICO</p>	
<p>NOMBRE DEL MÉDICO: Fecha:</p>	
<p>INFORMACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none">• La Profilaxis con Antirretrovirales tras un accidente ocupacional con material biológico, puede reducir el riesgo de infección por VIH, tal y como sugieren estudios realizados por los Center for Disease Control (C.D.C.) en EEUU.• El Servicio de Salud Pública de EEUU ha elaborado unas "Recomendaciones Provisionales para la profilaxis post-exposición ocupacional al VIH", aconsejando la utilización de Zidovudina (AZT) asociada a otros antirretrovirales, Lamivudina (3TC) y Lopinavir/Ritonavir.• La profilaxis debe comenzar lo antes posible, preferentemente en las dos primeras horas después de la exposición, aunque no hay datos en humanos que demuestren a partir de qué momento la profilaxis no es efectiva.• Si se desconoce el estado de infección VIH del paciente-fuente, y mientras se realizan las pruebas oportunas, parece prudente tomar la primera dosis de medicación. Los beneficios de esta primera dosis, en un intervalo de tiempo corto tras la exposición, parecen claramente superiores a los efectos secundarios que se puedan producir• La profilaxis con antirretrovirales se realiza con medicación por vía oral y su duración es de 4 semanas. La pauta a seguir es la siguiente: Zidovudina 250 mgr, 1 comp/12 h, Lamivudina 150 mgr, 1 comp/12 h. y Lopinavir/Ritonavir 2 comp/12 h.• En el caso de mujeres embarazadas, en la actualidad los C.D.C. afirman que el embarazo no contraindica el uso de profilaxis post-exposición, debiendo sustituir el Lopinavir/Ritonavir por Nelfinavir 250 mgr, 5 comp/12 h.• En caso de sospecha de resistencias, se consultará con la Unidad de Enfermedades Infecciosas para determinar el tratamiento de elección. <p>RIESGOS Y COMPLICACIONES</p> <p>Los pocos datos existentes indican que en 2/3 de los pacientes que reciben PPE se producen efectos adversos significativos, sobre todo náuseas, astenia, malestar general y diarreas, aunque sólo en un 8% se produjeron anomalías analíticas, pocas de ellas serias y que se resolvieron rápidamente con la suspensión del tratamiento. Es difícil conocer realmente si estos síntomas, la mayoría subjetivos, responden a toxicidad intrínseca del tratamiento, o pudieran ser achacables, al menos en parte, al estrés de la situación. De hecho, sólo el 1,3% presentaron efectos adversos grados 3 y 4 de la OMS, en la mayoría de casos por fármacos diferentes a los recomendados en este documento. Así, en un estudio reciente, el 80% de los trabajadores sanitarios que iniciaron el tratamiento lo terminaron.</p>	
<p>DECLARO:</p> <p>Que he recibido y comprendido la información sobre el procedimiento que se me va a realizar y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.</p> <p>Que he recibido una copia del formulario y que he comprendido lo expuesto en el mismo.</p> <p>Que he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.</p> <p>En consecuencia:</p> <p>DOY MI CONSENTIMIENTO LA PROFILAXIS CON ANTIRRETROVIRALES TRAS ACCIDENTE BIOLÓGICO</p> <p>Firma del paciente,</p> <p>Nombre..... D.N.I.</p>	<p>DECLARO:</p> <p>Que he proporcionado la información adecuada al paciente y he dado respuesta a las dudas planteadas</p> <p>Firma del médico responsable,</p> <p>Nombre.....</p> <p>Nº de Colegiado:</p>
<p>REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente):</p> <p>D./Dña. D.N.I.</p> <p>Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):..... Firma</p>	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PROFILAXIS CON ANTIRRETROVIRALES TRAS ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLÓGICO 06/160

ANEXO 5

SERVICIO DE FARMACIA-PETICIÓN MEDICAMENTOS

SERVICIO:.....

PACIENTE:..... H^a. C^a.


CÓDIGO	MEDICAMENTO	POSOLOGÍA	CANTIDAD
Profilaxis VIH:			
648709	ZIDOVUDINA® 250 mg.cap	1/12 h	...
720748	EPIVIR® (3TC) 150 mg.cap	1/12 h	...
906974	KALETRA® cap	2/12 h	...
En embarazadas sustituir Kaletra por Viracept			
846899	VIRACEPT® 250 mg comp	5/12 h	...
Profilaxis Hepatitis B:			
708958	GAMMAGLOBULINA HUMANA ANTI- HEPATITIS B amp.1000UI/5 ml	1 iny IM	...
686709	VACUNA ANTIHEPATITIS B ENGERIX B jer. 20 mcg	1 iny IM	...

Donostia-San Sebastián, a de de 200

Firmado

Nº Colegiado

ANEXO 6

 <p>Osakidetza Servicio vasco de salud</p> <p>Donostia Ospitalea Hospital Donostia</p>	
HOJA DE INFORMACIÓN	PROFILAXIS TRAS ACCIDENTES OCUPACIONALES CON MATERIAL BIOLÓGICO

NOMBRE DEL MÉDICO Fecha:

1. ACCIDENTE BIOLÓGICO: CONCEPTOS

Se considera "exposición" o "accidente" el contacto con sangre u otros fluidos biológicos (semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, pleural, sinovial, amniótico, peritoneal y pericárdico), a través de inoculación percutánea o contacto con una herida abierta, piel intacta o mucosas, **durante el desarrollo de las actividades laborales.**

La orina, heces, saliva, lágrimas, secreciones nasales, sudor o vómitos **NO** suponen riesgo de transmisión del VIH, siempre y cuando no estén contaminadas con sangre u otros fluidos mencionados en el párrafo anterior.

Se distinguen dos situaciones:

- Accidente con material de paciente-fuente desconocido: aguja en un contenedor
- Accidente con material de paciente-fuente conocido o identificable

2. IMPORTANCIA DEL ACCIDENTE BIOLÓGICO


Cuando un trabajador sanitario sufre un accidente con sangre u otros fluidos (líquido cefalorraquídeo, peritoneal, amniótico, pleural, pericárdico, sinovial, semen o secreciones vaginales) de una persona infectada por virus transmitidos por sangre (VIH, VHB, VHC), presenta riesgo de ser infectado por los mismos.

Estudios realizados en trabajadores sanitarios han estimado que tras una exposición con una fuente AgHBs y AgHBe positivos, el riesgo de desarrollo clínico de una hepatitis B es de 22%-31%, siendo el de seroconversión de 37%-62%. Tras una exposición con una fuente AgHBs positivo y AgHBe negativo, el riesgo de desarrollo clínico de una hepatitis B es de 1%-6%, siendo el de seroconversión de 23%-37%.

En el caso de la hepatitis C, el promedio de incidencia de seroconversión (AcVHC positivo) tras una exposición accidental percutánea en una fuente VHC positiva es del 1,8% (rango 0%-7%), siendo rara la transmisión a través de mucosas expuestas a sangre y no existiendo documentado caso alguno de transmisión a través de piel intacta y no intacta con sangre. De estudios recientes se desprende además que el tratamiento durante la fase aguda de la Hepatitis C mediante Interferón más Ribavirina puede prevenir el desarrollo de una infección crónica, dando como resultados analíticos niveles normales de transaminasas y niveles indetectables de RNA-VHC en el 98% de los que finalizaron el tratamiento.

El riesgo de transmisión ocupacional del VIH depende del tipo de exposición y del estado de la fuente. Tras un accidente percutáneo el riesgo es pequeño (0,3%) y menor todavía en caso de contacto con mucosas o piel no intacta (0,1%).

Los datos de unos estudios realizados por los CDC sugieren que el uso de Zidovudina y otros antirretrovirales (ARV) después de ciertos accidentes, puede reducir la posibilidad de infectarse por VIH. En un estudio de casos y controles, el riesgo de infección se redujo aproximadamente en un 81% en los que tomaron Zidovudina. Sin embargo, se han descrito fracasos de la profilaxis post-exposición (PPE) en humanos, la mayoría en pacientes tratados con Zidovudina en monoterapia, aunque hay también casos descritos en pacientes con doble y triple terapia. La mayoría de los casos de fracaso se producían en pacientes-fuente con tratamiento previo con ARV, con resistencias a AZT y/u otros ARV. Otros factores que podrían haber contribuido al fracaso están en relación directa con la naturaleza de la exposición, un título viral alto y/o un inóculo importante, el retraso en el inicio, o un tiempo de profilaxis insuficiente.

 <p>Osakidetza Servicio vasco de salud</p> <p>Donostia Ospitalea Hospital Donostia</p>	
HOJA DE INFORMACIÓN	PROFILAXIS TRAS ACCIDENTES OCUPACIONALES CON MATERIAL BIOLÓGICO

A la vista de los resultados de estos estudios, el Grupo de Trabajo de Medicina Preventiva / Salud Laboral del Plan de Prevención y Control del SIDA del Departamento de Sanidad, formado por distintos especialistas, ha decidido que es necesario informar a la persona que ha sufrido una exposición accidental y ofrecer la posibilidad de realizar la profilaxis. La decisión de realizar el tratamiento profiláctico debe hacerse de forma individualizada, y es en definitiva, una elección personal del trabajador accidentado.

No existe en la actualidad el nivel de evidencia necesario para poder recomendar una determinada pauta de tratamiento antirretroviral (TARV) en situaciones de PPE. A falta de ella, tanto en las guías americanas, como en las europeas, se recomienda la administración de dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITAN) más un inhibidor de la proteasa (IP). Así, considerando la importancia de conseguir la máxima eficacia y dada su relativamente buena tolerancia, se recomienda la utilización de Zidovudina (AZT) asociada a Lamivudina (3TC) y Lopinavir/Ritonavir.

Dado que la información disponible respecto a la utilización de Lopinavir/Ritonavir en mujeres embarazadas es limitada, en esta situación se recomienda sustituir Lopinavir/Ritonavir por Nelfinavir.

Para aquellos accidentes en los que el paciente-fuente VIH positivo ha presentado resistencias a ARV en algún momento de su evolución, es más recomendable una pauta individualizada basada en fármacos a los que el virus del paciente sea presuntamente susceptible.

3. FACTORES DE RIESGO EN LA TRANSMISIÓN

Con el fin de que el trabajador tenga una referencia que le ayude a tomar una decisión, se exponen a continuación las circunstancias que conllevan mayor a menor riesgo la transmisión del VIH.

3.1. De mayor a menor riesgo de transmisión

Exposición masiva (inyección de gran volumen de sangre o exposición parenteral a concentrados de VIH en laboratorio) con sangre de un paciente VIH positivo

Exposición parenteral con sangre de un paciente VIH positivo:


- Pinchazo profundo con aguja hueca.
- Herida producida por un instrumento contaminado.
- Herida reciente que se contamina con sangre o fluidos corporales.
- Contaminación de piel o mucosas.

3.2. Circunstancias que "incrementan el riesgo" de transmisión del VIH:

- Profundidad del pinchazo.
- Existencia de sangre visible en el instrumental.
- Que el instrumental proceda directamente de vena o arteria.
- Estadío terminal del paciente (o elevada carga viral).

3.3. Otros factores que pueden influir:

- El tipo de fluido (la concentración de VIH es mayor en sangre que en otros fluidos).
- Si ha habido, o no, inyección de fluidos.
- Si el pinchazo se ha producido con o sin guantes (los guantes de látex o similares tienen un efecto protector al disminuir la cantidad de sangre inyectada).
- Si el contacto se ha producido en mucosas o piel, se tendrán en cuenta el volumen de fluido y el tiempo de contacto.

 <p>Osakidetza Servicio vasco de salud</p> <p>Donostia Ospitalea Hospital Donostia</p>	
HOJA DE INFORMACIÓN	PROFILAXIS TRAS ACCIDENTES OCUPACIONALES CON MATERIAL BIOLÓGICO

4. PROFILAXIS FRENTE AL VIRUS VIH

4.1. Recomendaciones de profilaxis postexposición (PPE):

TRAS LESIÓN PERCUTÁNEA:

- Fuente desconocida: p.e. aguja procedente de un contenedor.
PPE No recomendada; considerar la PPE en zonas del hospital donde la exposición al VIH sea probable.
- Fuente conocida: paciente-fuente identificable.
PPE Sí recomendada; dar la 1ª dosis cuanto antes (mejor en las primeras 2 horas).

TRAS EXPOSICIÓN MUCOCUTÁNEA:

- Fuente desconocida: p.e. salpicadura de sangre inadecuadamente situada.
PPE No recomendada; considerar la PPE en zonas del hospital donde la exposición al VIH sea probable.
- Fuente conocida: paciente-fuente identificable.
PPE Sí recomendada; dar la 1ª dosis cuanto antes (mejor en las primeras 2 horas).

4.2. Inicio de la profilaxis postexposición (PPE) antirretroviral

Una vez que el trabajador accidentado haya sido informado de las ventajas e inconvenientes de la profilaxis con antirretrovirales, si decidiera iniciar la profilaxis con antirretrovirales, deberá firmar el "Consentimiento informado para profilaxis con antirretrovirales tras accidente ocupacional con material biológico" (Anexo 4).

Si a pesar de estar recomendada la PPE, el trabajador la rechazara, deberá dejarse constancia de esta decisión, por escrito y con la firma del trabajador, en el informe de su atención.

4.3 Ventajas de la profilaxis precoz


Se recomienda que el tratamiento comience lo antes posible, preferentemente en las dos primeras horas después de la exposición.

Si las recomendaciones de PPE lo aconsejan, y mientras se realizan las pruebas oportunas, parece prudente tomar la primera dosis de medicación lo antes posible. Los beneficios de esta primera dosis, en un intervalo de tiempo corto tras la exposición, parecen claramente superiores a los efectos secundarios que se puedan producir.

4.4. Situaciones particulares que pueden influir en el inicio de la profilaxis

Se preguntará al trabajador accidentado acerca de aquellas situaciones particulares que puedan influir en el inicio de la profilaxis post-exposición como por ejemplo embarazo, lactancia, tratamientos médicos, enfermedad hepática o renal, etc.

La situación especial de la trabajadora sanitaria embarazada genera problemas especiales. Toda trabajadora sanitaria embarazada que sufra una exposición ocupacional al VIH deberá ser informada del riesgo de infección, y en caso de que se produzca, del riesgo de transmisión al feto y de los riesgos de la toma de medicación. En la actualidad los CDC claramente afirman que el embarazo NO contraindica el uso de profilaxis post-exposición, aconsejando utilizar como inhibidor de proteasa el Nelfinavir.

 <p>Osakidetza Servicio vasco de salud</p> <p>Donostia Ospitalea Hospital Donostia</p>	
HOJA DE INFORMACIÓN	PROFILAXIS TRAS ACCIDENTES OCUPACIONALES CON MATERIAL BIOLÓGICO

4.5. Accidentes ocurridos en períodos superiores a 24-48 horas

En el caso de que el accidente se haya producido en un período superior a las 24-48 horas, NO hay datos en humanos que demuestren a partir de qué momento la profilaxis postexposición no es efectiva, por lo que el tratamiento antirretroviral debe ser considerado, valorando los riesgos de infección que se ha referido en el apartado 3 y los posibles efectos secundarios de los medicamentos.

No se recomienda, en general, iniciar el tratamiento cuando han transcurrido más de 72 horas desde el accidente.

4.6. Fármacos a administrar

El régimen base será AZT + 3TC + Lopinavir/Ritonavir, durante cuatro semanas.

Sólo en circunstancias especiales de sospecha de resistencias, un experto en antirretrovirales determinará cuál podría ser el tratamiento elegido. En estos casos, aunque existan dudas sobre el régimen a emplear, parece recomendable que se tome la primera dosis del régimen considerado base y posteriormente se tomará la decisión definitiva.

Régimen base.


- **Zidovudina (AZT):** Retrovir® 250 mg, 1 comp/12 horas
- **Lamivudina (3TC):** Epivir® 150 mg, 1 comp/12 horas
- **Lopinavir/Ritonavir:** Kaletra® 2 comp/12 horas (con alimentos)
En embarazadas sustituir Lopinavir/Ritonavir por **Nelfinavir:** Viracept® 250mg, 5 comp/12 h.

En el caso de que se hubiera comenzado con la PPE y el resultado del VIH realizado de urgencia fuera negativo, este tratamiento se SUSPENDERÁ inmediatamente.

Para facilitar su dispensación se utilizará el documento de solicitud a Farmacia.

4.7. Efectos secundarios debidos al tratamiento antirretroviral.

Los pocos datos existentes indican que en 2/3 de los pacientes que reciben PPE se producen efectos adversos significativos, sobre todo náuseas, astenia, malestar general y diarreas, aunque sólo en un 8% se producen anomalías analíticas, pocas de ellas serias, que se resuelven rápidamente con la suspensión del tratamiento. Es difícil conocer realmente si estos síntomas, la mayoría subjetivos, responden a toxicidad intrínseca del tratamiento, o pueden ser atribuibles, al menos en parte, al estrés de la situación. De hecho, sólo el 1,3% presentan efectos adversos grados 3 y 4 de la OMS, en la mayoría de los casos por fármacos diferentes a los recomendados en este documento. Así, en un estudio reciente, el 80% de los trabajadores sanitarios que iniciaron el tratamiento lo terminaron.

 <p>Osakidetza Servicio vasco de salud</p> <p>Donostia Ospitalea Hospital Donostia</p>	
HOJA DE INFORMACIÓN	PROFILAXIS TRAS ACCIDENTES OCUPACIONALES CON MATERIAL BIOLÓGICO

5. PROFILAXIS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS B

Las recomendaciones a seguir tras una exposición ocupacional con respecto al VHB son:

Vacunación y respuesta de anticuerpos del trabajador expuesto	Tratamiento	
	-Paciente-fuente: -AgHBs (+) -estado serológico desconocido -Fuente desconocida	Paciente-fuente: AgHBs (-)
- No vacunado - Vacunado, pero: - no respondedor, ó - respuesta desconocida	IgHB + iniciar vacunación de HB	Iniciar vacunación de HB
- Vacunado: - respondedor conocido	Ningún tratamiento	Ningún tratamiento

Abreviaturas:

- AgHBs: Antígeno de superficie de la HB.
- IgHB: Inmunoglobulina de hepatitis B; un vial de 5 ml (1.000 UI de IgHB) por vía intramuscular lenta en glúteo, lo antes posible, preferentemente antes de 24 horas.
- Vacuna HB: un vial de 1ml (20µg de AgHBs purificado) por vía intramuscular en la región deltoidea.
- Un Respondedor es una persona con niveles adecuados de anticuerpos (AcHBs > 10mUI/ml).
- Un No respondedor es una persona con una respuesta inadecuada a la vacunación (AcHBs< 10 mUI/ml).

La opción de tomar una dosis de IgHB y reiniciar una serie vacunal está indicada para los no respondedores que no hayan completado una segunda serie de tres dosis de vacuna. En las personas que hayan completado una segunda serie vacunal pero que han fallado en la respuesta, se indicarán dos dosis de IgHB separadas por un mes de intervalo.

6. PROFILAXIS FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS C

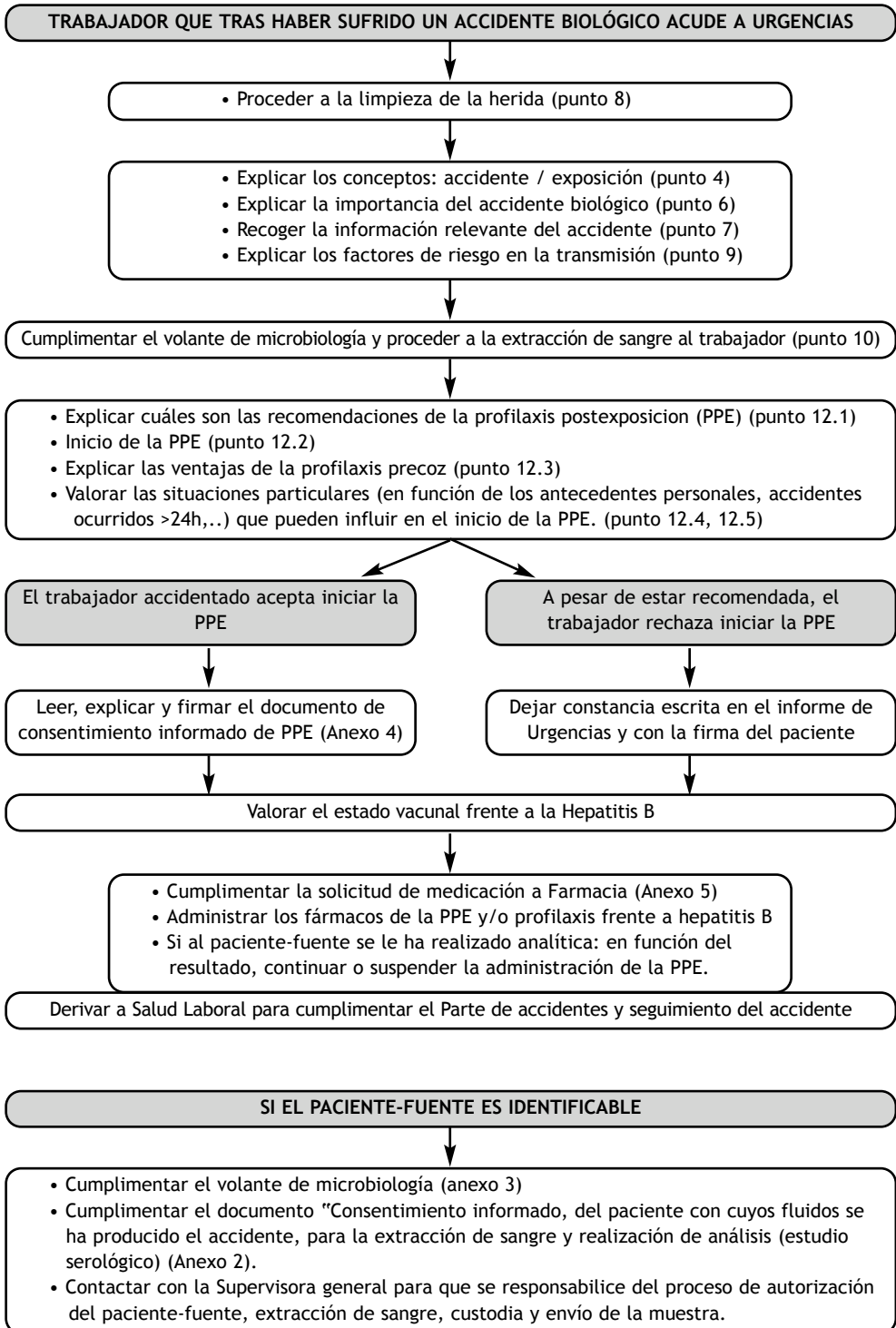
El ACIP, en un estudio realizado en 1994, concluyó que el uso de Inmunoglobulina como profilaxis post-exposicional frente al virus de la Hepatitis C no estaba justificado.

En aquellos casos en los que la fuente origen del accidente fuera serológicamente positiva frente al virus de la Hepatitis C se realizará en el trabajador expuesto un seguimiento postexposicional.

SI A PESAR DE LA INFORMACIÓN DE ESTE DOCUMENTO TIENES ALGUNA DUDA, NO DUDES EN CONSULTARLO.

Donostia, mayo de 2005

ANEXO 7



ACCIDENTES OCUPACIONALES CON MATERIAL BIOLÓGICO

HOSPITAL DONOSTIA
Osakidetza / Servicio vasco de salud
Pº Dr. Beguiristain s/n.
20014 Donostia-San Sebastián

Revisado por:

María Jesús Barandiarán (Dirección de Enfermería), Luis Bujanda (Servicio de Digestivo), Gustavo Cilla, José María García Arenzana (Servicio de Microbiología), Pablo Busca y Jose R. Aginaga (Servicio de Urgencias Generales), José A. Iribarren y Julio Arrizabalaga (Unidad de Enfermedades Infecciosas), María Eugenia Elosegui y Jose Calparsoro (Unidad de Salud Laboral)

Fecha de revisión: 28/05/2005

Diseño y maquetación:
Unidad de Comunicación

Depósito Legal: SS-1439/06