**PROTOCOLO DE ACCIDENTE DE TRABAJO POR EXPOSICIÓN AL RIESGO BIOLÓGICO**

TABLA DE CONTENIDO

1. [OBJETIVO 3](#_Toc32502160)
2. [ALCANCE 3](#_Toc32502161)
3. [TÉRMINOS Y DEFINICIONES 3](#_Toc32502162)
4. [MANEJO MÉDICO DE LA EXPOSICIÓN LABORAL O NO LABORAL ANTE LAS ITS, VIH, VHB Y EL VHC. 5](#_Toc32502163)

[4.1 CARACTERIZACIÓN DE LA EXPOSICIÓN DE RIESGO LABORAL O NO LABORAL 5](#_Toc32502164)

1. [EVALUACIÓN DEL RIESGO ANTE UNA EXPOSICIÓN DE RIESGO OCUPACIONAL (EO). 6](#_Toc32502165)

[5.1 EVALUACIÓN DEL RIESGO ANTE UNA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL 6](#_Toc32502166)

1. [RECOMENDACIONES PARA DECIDIR INICIAR PROFILAXIS ANTE UNA EXPOSICIÓN DE RIESGO BIOLÓGICO OCUPACIONAL (ERBO) 8](#_Toc32502167)

[6.1 RECOMENDACIONES GENERALES ANTE UNA EXPOSICIÓN DE RIESGO BIOLÓGICO 8](#_Toc32502168)

1. [INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA EN PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN DEL VIH, EN PERSONAS CON 13 AÑOS Y MÁS. 10](#_Toc32502169)
2. [RESUMEN DE EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ARV RECOMENDADOS PARA LA PPE EN ADOLESCENTES Y ADULTOS. 10](#_Toc32502170)
3. [PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN DE LA HEPATITIS B EN PERSONAS GESTANTES Y NO GESTANTES. 12](#_Toc32502171)

[9.1 VACUNA CONTRA HEPATITIS B: 12](#_Toc32502172)

[9.2 GAMMAGLOBULINA ANTI-HEPATITIS-B (HBIG). 12](#_Toc32502173)

1. [MANEJO POST-EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES, PERCUTÁNEA O MUCOSA, DE ACUERDO AL ESTADO DE VACUNACIÓN DE LA PERSONA EXPUESTA Y RESPUESTA INMUNOLÓGICA A LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B. 13](#_Toc32502174)
2. [SEGUIMIENTO PARACLÍNICO DE LAS PERSONAS CON EXPOSICIÓN DE RIESGO ANTE EL VIH Y HEPATITIS B Y C 14](#_Toc32502175)
3. [PROFILAXIS POS EXPOSICIÓN FRENTE A MENINGITIS BACTERIANA. 15](#_Toc32502176)

[12.1 EN CASO DE ORDENAR PROFILAXIS POR EXPOSICIÓN A LA MENINGITIS 15](#_Toc32502177)

1. [TRABAJADORES DE SALUD QUE PRESTAN ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO O PRESUNCIÓN CLÍNICA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA QUE PODRÍA SER MOTIVO DE PREOCUPACIÓN 16](#_Toc32502178)
2. [BIBLIOGRAFIA 16](#_Toc32502179)
3. [CONTROL DE REVISIONES Y CAMBIOS DEL DOCUMENTO 17](#_Toc32502180)

# OBJETIVO

El presente documento tiene como objetivo, definir directrices de intervención para los diferentes agentes involucrados en la atención de personas con exposición de riesgo laboral o no laboral ante las Infecciones, el Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH), las Hepatitis B y C, entre otras; en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, el Protocolo insta a adoptar e implementar las directrices para actuación efectiva en pro de la prevención de la transmisión de las infecciones ya mencionadas, desde la evaluación del riesgo, la administración de profilaxis farmacológica y el seguimiento de las personas expuestas que hayan recibido o no la profilaxis.

# ALCANCE

Aplica a todo el personal que labora en la Institución y que está expuesta al riesgo Biológico

# TÉRMINOS Y DEFINICIONES

**EXPOSICIÓN DE RIESGO OCUPACIONAL:** Es el contacto de membranas mucosas, piel no intacta o exposición percutánea por herida con objeto corto punzante por parte de un trabajador por causa o con ocasión o a consecuencia de la realización de un trabajo u oficio, con fluidos potencialmente infectantes (sangre, liquido cefalo-raquideo, liquido sinovial, liquido pleural, liquido peritoneal, liquido pericárdico, líquido amniótico, semen y secreciones vaginales o cualquier secreción visiblemente contaminada con sangre, y que puede suponer un riesgo de infección a través del mismo).

Las exposiciones percutáneas son más riesgosas para la transmisión del VIH que las mucosas. Según el CDC, el riesgo promedio de seroconversión del VIH después de una exposición ocupacional (EO) percutánea es aproximadamente del 0,3% (IC 95%:0.2 a 0,5%), lo que supone 3 infecciones por cada 1000 incidentes. Tras la exposición de mucosas, el riesgo se reduce al 0,09% (IC 95%: 0,006 a 0,5%), siendo incluso menor cuando el contacto es con piel no intacta.

Códigos CIE 10:

− Z205: “Contacto con y exposición a Hepatitis Virales”.

− Z206: “Contacto con y exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana”.

− Z208: “Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles”.

**GRUPOS OCUPACIONALES A RIESGO PARA VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH):** Trabajadores de la salud, recolectores de residuos biológicos, fuerzas armadas y policiales, cuerpos de socorro, personas que trabajan con poblaciones en contextos de vulnerabilidad (víctimas de catástrofes naturales, accidentes o personas en contextos humanitarios, personas que consumen sustancias psicoactivas por vía inyectada, habitantes de calle, entre otros) y que debido a su trabajo se vean expuestas al contacto con fluidos corporales infectantes (pinchazos o salpicaduras), tatuadores, personas que realizan algún tipo de perforación o expansión en alguna parte del cuerpo, peluqueros, trabajadores sexuales, personas que manipulan cadáveres (en tanatopraxia, medicina legal, fiscalía o similares). Personas que realizan el aseo en hoteles o similares (desecho inadecuado de objetos corto-punzantes), recolectores de basura y recicladores.

**GRUPOS OCUPACIONALES A RIESGO PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B (VHB)**: Personas pertenecientes al sector salud (laboratorio, patología, cirugía, banco de sangre, hemodiálisis, morgue, atención de emergencias médicas, paramédicos y odontología, salas de cirugía entre otros). Trabajadores que manejan patógenos en laboratorios de investigación. Trabajadores sexuales5. Personas que laboran en instituciones con población cautiva (Por ejemplo: cárceles, personas con deficiencia cognitiva, hogares de paso para niños que están en proceso de adopción y que provengan de zonas endémicas para HB. Trabajadores que viajan a áreas endémicas sin adecuada protección. Servicios funerarios. Personas que laboran en sitios de procedimientos estéticos y no asociados al cuidado de la salud tales como*piercing*, tatuajes, micro-pigmentación o de modificaciones corporales, entre otros. Personas que manipulan cadáveres (en tanatopraxia, medicina legal, fiscalía o similares). Personas que realizan el aseo en hoteles o similares (desecho inadecuado de objetos corto punzantes). Recolectores de basura y recicladores.

**GRUPOS OCUPACIONALES A RIESGO PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC)**: Trabajadores de la salud incluyendo a profesionales de la medicina, odontología, enfermería, personal de laboratorio, de bancos de sangre, personal de ambulancias, personal de limpieza, lavandería y mantenimiento en instituciones prestadoras de servicios de salud; personal de prisiones, trabajadores sexuales, personal que hace tatuajes y *piercings* personas que manipulan cadáveres (en tanatopraxia, medicina legal, fiscalía o similares), recolectores de basura y recicladores, personas que realizan el aseo en hoteles o similares (desecho inadecuado de objetos corto-punzantes).

**FUENTE:** Se refiere a personas, tejidos, objetos o sustancias, desde las cuales pueda ser posible la transmisión del VIH, o las Hepatitis B o C.

**FUENTES PARA VIH Y SOBREVIVENCIA FUERA DEL HUÉSPED:** Son fluidos como la sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna, liquido cefalo-raquideo, liquido sinovial, liquido pleural, liquido peritoneal, liquido pericárdico y líquido amniótico. También se consideran potencialmente infecciosos los tejidos, órganos, cultivos celulares y los concentrados de virus de laboratorio. No se consideran infecciosos para VIH el sudor, el esputo, la orina, las heces, el vómito las secreciones nasales, la saliva ni las lágrimas, a menos que estén visiblemente contaminadas con sangre. El VIH es muy lábil a cambios de pH y humedad fuera del huésped, en cuanto estas condiciones dejan de ser optimas,

su sobrevida es de pocos minutos y no puede multiplicarse.

**FUENTES PARA VHB Y SOBREVIVENCIA FUERA DEL HUÉSPED:** Sangre y varios fluidos corporales como semen, secreciones vaginales, saliva, leche materna, calostro y líquidos corporales tales como cefalorraquídeo, pleural, pericárdico, peritoneal, ascítico, amniótico o sinovial; también por tejidos u órganos no fijados pero contaminados. La orina no es infecciosa para VHB a menos que esté contaminada con sangre.

Las concentraciones del virus varían de alta en sangre y en secreciones de heridas, moderada en semen y fluido vaginal, y bajas en saliva. Sobrevive en sangre seca durante largos periodos, incluso semanas (en promedio 10 días), en superficies ambientales es estable hasta siete días a 25oC. Dado que permanece hasta una semana en superficie inanimada, se puede esparcir fácilmente si se comparten objetos como toallas, cuchillas, navajas, cepillos de dientes y elementos corto-punzantes; los títulos de virus pueden ser altos aun cuando la sangre no sea visible.

**FUENTES PARA VHC Y SOBREVIVENCIA FUERA DEL HUÉSPED**: Sangre, productos sanguíneos y fluidos corporales, tejidos o equipos contaminados con sangre infectada por el VHC.

El VHC es relativamente inestable, se han descrito tiempo variables de su supervivencia fuera del huésped a temperatura ambiente que van entre 16 horas, hasta tres o varias semanas.

**KIT DE PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN:** Conjunto de pruebas rápidas y medicamentos necesarios para la prevención post-exposición ante las, el VIH y la Hepatitis

Deben estar disponibles las 24 horas del día en la E.S.E Hospital San José del Guaviare

# MANEJO MÉDICO DE LA EXPOSICIÓN LABORAL O NO LABORAL ANTE LAS ITS, VIH, VHB Y EL VHC.

## CARACTERIZACIÓN DE LA EXPOSICIÓN DE RIESGO LABORAL O NO LABORAL

Se debe indagar información relacionada con: la caracterización de la persona expuesta (mayor o menor de 13 años, antecedentes médicos y de vacunación, gestante o no gestante), características de la fuente (conocido, desconocido frente al VIH, VHB y VHC, tratamiento que recibe), mecanismo de exposición, datos del tipo de fluido de contacto, antecedentes de vacunación de la persona expuesta, respuesta inmunológica a la vacunación, tiempo de evolución de la exposición en horas y minutos. Para tomar la decisión de inicio de la Profilaxis se deben tener en cuenta aspectos relevantes relacionados con las características de la fuente, tipo de mecanismo de exposición, fluidos a que ha sido expuesta la persona, antecedentes de vacunación de la persona expuesta, tiempo transcurrido desde la exposición de riesgo.

No existe una profilaxis efectiva frente al VHC, pues la cinética viral demuestra que para que el tratamiento sea eficaz, debe haber ya una infección establecida. Por eso, es importante el seguimiento de estos pacientes para poder diagnosticar cuanto antes una posible infección aguda por el VHC, en cuyo caso el tratamiento puede ser más eficaz.

Los antecedentes que deben conocerse en cada caso, pueden resumirse de la siguiente manera:

|  |  |
| --- | --- |
| **ANTECEDENTES** | **DESCRIPCIÓN** |
| Datos de las características de la fuente | En la medida de las posibilidades, se debe conocer la situación serológica de la fuente frente a las ITS, al VIH, el VHB y el VHC. |
| Datos del tipo de mecanismo de exposición: | Se requiere conocer si la exposición fue por punción percutánea, profundidad de la punción (a mayor profundidad, mayor riesgo), material que ocasionó la punción, tal como agujas huecas (mayor riesgo), agujas de sutura, bisturís u otros objetos corto-punzantes. |
| Datos del tipo de fluido de contacto | Determinar si se trata de un fluido potencialmente infectante o no. |
| Datos de vacunación de la persona expuesta con respecto a la hepatitis B | Esquema de vacunación recibido y si es posible títulos de Anticuerpos contra Hepatitis B al momento de la exposición |
| Datos sobre el tiempo Transcurrido desde la exposición de riesgo | El tiempo crucial para la administración de la profilaxis, el VIH es de máximo 72 horas o 3 días; para la hepatitis B, la mayor efectividad se observa en la administración de la profilaxis en las primeras 12 a 24 horas, pero para exposiciones percutáneas la gammaglobulina se puede aplicar hasta 7 días después de la exposición  |
| Análisis de la evaluación del riesgo ERBO/ERBNO | Cada tipo de exposición de riesgo biológico ante el VIH, tiene un nivel de riesgo diferentes y unas intervenciones específicas. Ver tablas a continuación que describen cada una de estas situaciones. |

# EVALUACIÓN DEL RIESGO ANTE UNA EXPOSICIÓN DE RIESGO OCUPACIONAL (EO).

## EVALUACIÓN DEL RIESGO ANTE UNA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE EXPOSICIÓN** | **TIPO DE FLUIDO POTENCIALMENTE INFECTANTE O NO INFECTANTE** | **RECOMENDACIÓN** |
| Percutánea | 1. Sangre: \*Riesgo muy alto \*\*Riesgo alto \*\*\*Riesgo no alto | \*Iniciar PPE \*\*Iniciar PPE \*\*\*Iniciar PPE teniendo en cuenta ǂǂ |
| 2. Líquido que contiene sangre, otros fluidos potencialmente infectantes (#) o tejidos  | Iniciar PPE. Tener en cuenta ǂǂ |
| 3. Otros líquidos corporales no infectantes | No se recomienda PPE |
| Mucosas | 1. Sangre: Riesgo muy alto Riesgo alto Riesgo no alto | Valorar individualmente ɸɸ |
| 2. Líquido que contiene sangre, otros fluidos potencialmente infectantes (#) o tejidos. | Valorar individualmente ɸɸ |
| 3. Otros líquidos corporales no infectantes | No se recomienda PPE |
| Piel alto riesgo (&) | 1. Sangre: Riesgo muy alto Riesgo alto Riesgo no alto | Valorar individualmente ɸɸ |
| 2. Líquido que contiene sangre, otros fluidos potencialmente infectantes (#) o tejidos. | Valorar individualmente ɸɸ |
| 3. Otros líquidos corporales no infectantes | No se recomienda PPE |

Claves de la tabla:

• Riesgo muy alto para VIH se define como accidente con gran volumen de sangre (pinchazo profundo con aguja utilizada en acceso vascular del paciente) y con carga viral de VIH elevada.

• \*\*Riesgo alto para VIH se define como accidente con alto volumen de sangre o accidente con sangre que contiene carga viral VIH elevada.

• \*\*\*Riesgo no alto para VIH: es aquel accidente en el que no se da exposición a gran volumen de sangre ni a sangre con carga viral VIH elevada (pinchazo con aguja de sutura de paciente con carga viral baja o indetectable)

• #: incluye semen, secreciones vaginales, LCR y líquidos sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico y amniótico.

• &: Contactos cutáneos de alto riesgo cuando se trata de líquidos con carga viral de VIH elevada, el contacto es muy prolongado, el área es extensa o hay zonas de piel no integra.

• ǂǂ: Cuando la carga viral de VIH de la fuente es indetectable (menor a 50 copias) se puede considerar no realizar PPE porque el riesgo de transmisión es muy bajo. De no ser posible la medición de la carga viral, se debe iniciar la Profilaxis Post Exposición (PPE).

• ɸɸ: Valorar individualmente cada caso. En general recomendar PPE. Cuando la carga viral es indetectable se puede considerar no realizar PPE porque el riesgo de transmisión es muy bajo.

# RECOMENDACIONES PARA DECIDIR INICIAR PROFILAXIS ANTE UNA EXPOSICIÓN DE RIESGO BIOLÓGICO OCUPACIONAL (ERBO)

Es importante intentar conocer la situación serológica frente al VIH de la persona fuente, los resultados se han de conocer preferiblemente en las primeras 2 horas.

En caso de que la paciente fuente tenga infección por el VIH conocida, es fundamental conocer la carga viral, el esquema de tratamiento antirretroviral (TAR) (si lo recibe), así como la historia farmacológica y los motivos de cambio de tratamiento (resistencias, intolerancia o toxicidad) del paciente

Si no se puede conocer la situación serológica del paciente fuente, se considerará como de alto riesgo y se debe iniciar PPE.

La PPE ha de iniciarse lo antes posible tras la ERBO al VIH, preferiblemente en las primeras 24 horas, y siempre dentro de las primeras 72 horas.

En las ERBO percutáneas a sangre con riesgo alto y muy alto se recomienda realizar PPE.

En las ERBO percutáneas a sangre con menor riesgo o a otros fluidos corporales potencialmente infectantes se recomienda realizar PPE, aunque, si la carga viral de la fuente es indetectable se puede considerar no realizarla. *Recomendación fuerte a favor, calidad de la evidencia baja.*

En las ERBO con mucosas o con piel de alto riesgo a sangre y a otros fluidos corporales

potencialmente infectantes se recomienda realizar PPE, aunque, si la carga viral de la fuente es indetectable se puede considerar no realizarla.

En las ERBO a fluidos corporales no infectantes no se recomienda realizar PPE.

La PPE para VIH debe interrumpirse **si se confirma según los algoritmos diagnósticos vigentes que** la paciente fuente es VIH negativo.

## RECOMENDACIONES GENERALES ANTE UNA EXPOSICIÓN DE RIESGO BIOLÓGICO

1. Las personas que sufren una exposición accidental deben ser evaluadas lo antes posible para valorar si está indicada la Profilaxis post-exposición-PPE.
2. Tras la exposición accidental, las heridas y la piel expuesta deben ser lavadas con agua y jabón. Por otra parte, tras un pinchazo accidental, nunca debe exprimirse la zona del pinchazo
3. Cuando se produce una exposición al VIH, con independencia de si se realiza o no PPE, todos los procedimientos e intervenciones deben estar claramente recogidos en la historia clínica.
4. Se recomienda iniciar PPE lo antes posible tras la exposición, preferiblemente en las primeras 24 horas y en el caso de las ITS y el VIH, no más tarde de las 72 horas.
5. Se recomienda realizar PPE en las exposiciones con riesgo apreciable
6. Se recomienda valorar individualmente la necesidad de PPE en las exposiciones con riesgo bajo mínimo.
7. En general, se recomienda iniciar PPE si la fuente es positiva para el VIH, con carga viral detectable o desconocida, o si es VIH desconocido con factores de riesgo.
8. Si la fuente es positiva para el VIH, con carga viral indetectable o si es VIH desconocido sin factores de riesgo, se puede considerar no realizar PPE dado que el riesgo de transmisión es muy bajo.
9. No se recomienda realizar PPE en las exposiciones con riesgo nulo o despreciable.
10. La PPE debe interrumpirse si se confirma según los algoritmos diagnósticos vigentes, que la persona fuente es negativa para el VIH.
11. En el caso de exposiciones a fluidos potencialmente infectantes por mecanismos diferentes a la vía sexual, el sitio corporal donde ocurrió la exposición debe ser lavado con agua y jabón, en el caso de piel y con agua en irrigación en el caso de mucosas (IIIA). No existe evidencia que soporte el uso de antisépticos, pero tampoco están contraindicados. No se recomienda el uso de corrosivos o cáusticos.
12. Una vez ocurrida la exposición, la persona expuesta debe acudir al servicio de urgencias de inmediato. Se debe llenar un reporte en el Formato Único de Reporte de Accidente del Trabajo-FURAT– para el caso de exposiciones de riesgo biológico laborales.
13. Todo el proceso de evaluación y toma de decisiones debe hacerse en las horas inmediatamente siguientes a la exposición (IIA). La evaluación debe considerar posible riesgo de transmisión de otros patógenos (sífilis, hepatitis B, hepatitis C) (IIA).
14. Se debe recomendar a la persona expuesta, prácticas que permitan evitar la posible transmisión del VIH a terceros durante el periodo de seguimiento, mediante la utilización de condón, entre otros (IIIA). Igualmente, se debe dar soporte emocional a la persona expuesta y a su familia. La persona expuesta no debe donar sangre u órganos durante el periodo de seguimiento, para prevenir la posible transmisión de ITS, VIH o Hepatitis B o C.

# INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA EN PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN DEL VIH, EN PERSONAS CON 13 AÑOS Y MÁS.

|  |
| --- |
| PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN AL **VIH** EN PERSONAS MAYORES DE 13 AÑOS, INCLUSO MUJERES GESTANTES |
|
| **Profilaxis post exposición del** **VIH:** El servicio de salud que atienda la urgencia e inicie la profilaxis del VIH, debe en todos los casos entregar al alta del paciente, el total de las dosis necesarias para completar 30 días de tratamiento profiláctico |
| **MEDICAMENTO** | **PRESENTACIÓN Y DOSIS** |
| Primera opción: Tenofovir / emtricitabina y Dolutegravir | Tenofovir / emtricitabina – tabletas x 300 / 200 – 1 al día x 30  Dolutegravir – tab x 50 mg 1 al día x 30 días.Darunavir – tab x 800 mg 1 al día x 30 días.Atazanavir – Tab x 300 mg 1 al día x 30 días. Ritonavir – Tab x 100 mg 1 al día x 30 días |
| Segunda opción: Tenofovir / emtricitabina con Darunavir / ritonavir |
| Alternativa: Tenofovir / emtricitabina y Atazanavir / ritonavir. |
|
|

# RESUMEN DE EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ARV RECOMENDADOS PARA LA PPE EN ADOLESCENTES Y ADULTOS.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO** | **EFECTOS SECUNDARIOS** | **FACTORES DE RIESGO** | **RECOMENDACIÓN** |
| Atazanavir másritonavir (ATV /r) | Anormalidades del electrocardiograma con prolongación del intervalo PR, ictericia por hiper-bilirrubinemia indirecta. | Enfermedad preexistente de la conducción cardiaca. Uso concomitante de otros medicamentos que prolonguen el intervalo PR. Hepatopatía preexistente como PR. Hepatopatía preexistente como medicamentos hepatotóxicos. | Considerar Darunavir (DRV / r) o Lopinavir/r (LPV/r) o cambio de clase |
| Nefrolitiasis o colelitiasis | Antecedentes de nefrolitiasis o colelitiasis | Hidratación acuciosa. Considerar Darunavir (DRV / r) o Lopinavir/r (LPV/r) o cambio de clase |
| Darunavir más ritonavir (DRV/r) | Brote cutáneo | Alergia a sulfonamidas | Considerar cambio a otro inhibidor de la proteasa excepto FPV/r. |
| Dolutegravir más ritonavir (DTV/r) | Reacción alérgica y hepatotoxicidad. | Hepatopatía pre-existente como Hepatitis B o C. Uso concomitante de medicamentos  | Considerar Darunavir (DRV / r) o Lopinavir/r (LPV/r) o cambio de clase |
| Raltegravir más ritonavir | Rabdomiólisis, miopatía, mialgias. | Uso concomitante de medicamentos que causen rabdomiólisis | Considerar cambio a otras clases como IP/r, INNTR o MVC |
| Ritonavir | Anormalidades del electrocardiograma con prolongación del intervalo PR, ictericia por hiper-bilirrubinemia indirecta. Hepatotoxicidad | cardiaca. Uso concomitante de otros medicamentos que prolonguen el intervalo PR. Hepatopatía preexistente como Hepatitis B o C. Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos. | Considerar Darunavir (DRV / r) o Lopinavir/r (LPV/r) o cambio de clase. |
| Tenofovir (TDF) | Disfunción tubular renal, Síndrome de Fanconi, aumento de la creatinina sérica, proteinuria, glucosuria | Enfermedad renal subyacente, edad mayor de 60 años. IMC > o = 18,5 o peso menor de 50 kg. | Vigilar la función renal de acuerdo con las recomendaciones. Sustituir el TDF. |
| Desmineralización ósea | Diabetes mellitus. Hipertensión no tratada. Osteoporosis previa. Uso concomitante de Didanosina y otros medicamentos nefrotóxicos o IP potenciados. | Si hay osteoporosis, cambiar a ABC. |

# PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN DE LA HEPATITIS B EN PERSONAS GESTANTES Y NO GESTANTES.

La decisión de necesidad o no de Profilaxis para Hepatitis B, debe basarse en la certeza o no de vacunación previa y en el nivel de títulos de anticuerpos adecuados para Hepatitis B superiores a 10 mlU/mL en la persona expuesta. El no acceso inmediato a dicha medición o la ausencia de información sobre el esquema de vacunación, no deben retrasar el inicio de la profilaxis contra VHB.

## VACUNA CONTRA HEPATITIS B:

Idealmente se debe iniciar durante las 72 horas post-exposición.

* Dosis para adolescentes: de 10 a 20 ug (según laboratorio productor). Se administra hasta 19 años inclusive.
* Dosis adulta: de 20 ug, a partir de los 20 años.

La primera y la segunda dosis deben estar separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas. Es de preferencia un periodo más largo entre la segunda y tercera (4 meses);

El esquema recomendado en estas directrices es 0, 1 y 6 meses, aunque hay esquemas rápidos de 0-1-2 meses, muy recomendados en personas pertenecientes a poblaciones clave.

## GAMMAGLOBULINA ANTI-HEPATITIS-B (HBIG).

Se puede aplicar de manera simultánea con la vacuna, aunque en sitios diferentes de inyección. Esta se debe iniciar preferiblemente en las primeras 24 horas post-exposición. Aplicadas dentro de este tiempo han mostrado ser 70% a 90% efectivas para prevenir la infección por hepatitis B, sin embargo, puede aplicarse hasta un plazo máximo de 7 días después de exposiciones percutáneas.

La dosis a aplicar de la gammaglobulina es aquella recomendada por el fabricante. En algunos casos es recomendable una dosis adicional a las cuatro semanas, por lo cual es importante revisar el inserto del fabricante.

En todos los casos se recomienda realizar una prueba de línea base (idealmente anti-HBc o en su defecto HBsAg) para infección por el VHB, lo más pronto posible después de la exposición, para determinar si la persona expuesta se encontraba infectada antes de la exposición. La no disponibilidad de estas pruebas no debe retardar el inicio de la profilaxis post-exposición.

# MANEJO POST-EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES, PERCUTÁNEA O MUCOSA, DE ACUERDO AL ESTADO DE VACUNACIÓN DE LA PERSONA EXPUESTA Y RESPUESTA INMUNOLÓGICA A LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estado de la persona expuesta** | **Paciente fuente (HBsAg)** | **Respuesta conocida a vacunación contra la hepatitis B en la persona expuesta (anti-HBs)\*** | **Profilaxis post-exposición** | **Prueba serológica anti-HBs post- vacunación.\*\*\*** |
| **Gammaglobulina** | **Vacunación** |
| Respondedor& después de un esquema completo de vacunación contra la hepatitis B (3 dosis o más). | Positivo / desconocido / negativo | Anti-HBs es >10 mIU/Ml | No se requiere intervención. |
| No respondedor && después de 6 dosis de vacuna contra la hepatitis B. | Positivo / desconocido | Anti-HBs es <10 mIU/mL. | Gammaglobulina 2 dosis separadas por un intervalo de 4 semanas. | NO | NO |
| Negativo | No se requiere intervención. |
| Persona con 3 dosis de vacuna contra la hepatitis B | Positivo / desconocido | Anti-HBs es <10 mIU/mL. | Gammaglobulina 1 dosis | Aplicar un segundo esquema de vacunación contra la hepatitis B (3 dosis en esquema 0, 1 y 6 meses | SI |
| Negativo | Anti-HBs es >10 mIU/Ml | No se requiere intervención | Aplicar un segundo esquema de vacunación contra la hepatitis B (3 dosis en esquema 0, 1 y 6 meses | SI |
| Positivo / desconocido / negativo | Anti-HBs es >10mIU/mL | No se requiere intervención. |
| No vacunado, con esquema incompleto o rechaza la vacunación | Positivo / desconocido |  | Gammaglobulina 1 dosis&&& | Iniciar o completar el esquema de vacunación | SI |
| Negativo |  | NO | Iniciar o completar el esquema de vacunación |  |

# SEGUIMIENTO PARACLÍNICO DE LAS PERSONAS CON EXPOSICIÓN DE RIESGO ANTE EL VIH Y HEPATITIS B Y C

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de análisis** | **Al momento de la profilaxis (Basal)** | **Según síntomas** | **2 semanas** | **4 -6 semanas** | **12 semanas (3 meses)** | **24 semanas (6 meses)** |
| Prueba de VIH de Anticuerpos, rápida o ELISA convencional | SI |  |  |  | SI | SI |
| Analítica general: Cuadro hemático, función renal, función hepática. Glicemia | SI | SI | SI | SI |  |  |
| Carga viral para VIH |  | Ante síntomas relacionados con Síndrome retroviral agudo |  |  |
| Pruebas para hepatitis B (HBsAg – anti-HBc) | SI |  |  | SI |
| Prueba para VHC | SI |  |  |  | SI | SI |
| Carga viral para VHC |  | SI. Ante síntomas de Hepatitis viral aguda. |

Si en el seguimiento se utiliza una prueba de antígeno/anticuerpos de cuarta generación para el VIH (que detecta antígeno p24), el seguimiento se puede concluir cuatro meses después de la exposición. Si no se dispone de ensayos de cuarta generación, el seguimiento para VIH concluye normalmente seis meses después de una exposición. (Recomendación fuerte a favor, calidad de evidencia alta).

Se deben recomendar a la persona expuesta, prácticas que permitan evitar la posible transmisión del VIH a terceros durante el periodo de seguimiento, mediante la utilización de condón, uso no compartido de jeringas en PID, entre otros (IIIA). Igualmente, se debe dar soporte emocional al trabajador expuesto y a su familia. No se debe donar sangre u órganos durante el periodo de seguimiento para prevenir la posible transmisión de VIH o Hepatitis B o C.

# PROFILAXIS POS EXPOSICIÓN FRENTE A MENINGITIS BACTERIANA.

El personal de salud rara vez está expuesto a riesgo de contagio de la meningitis, incluso si atiende a pacientes infectados; la profilaxis inmediata se justifica solo si hay exposición íntima a secreciones nasofaríngeas (por ejemplo, en el caso de reanimación boca a boca).

## EN CASO DE ORDENAR PROFILAXIS POR EXPOSICIÓN A LA MENINGITIS

|  |
| --- |
| **PAUTAS DE PROFILAXIS DE CONTACTON EN MENINGITIS MENINGOCOCICA** |
| **MEDICAMENTO** | **DOSIS** | **VIA DE ADMINISTRACCION** | **HORARIO** | **TIEMPO DEL TRATAMIENTO** |
| Fármaco de elección | Rifampicina | 600 mg | V.O | cada 12 horas | 2 días |
| Alternativas | Ciprofloxacino | 500 mg | V.O |  | Única dosis |
| Ceftriaxona | 250 mg | IM |  | Única dosis |

|  |
| --- |
| **PAUTAS DE PROFILAXIS DE CONTACTON EN MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B** |
| **MEDICAMENTO** | **DOSIS** | **VIA DE ADMINISTRACCION** | **HORARIO** | **TIEMPO DEL TRATAMIENTO** |
| Fármaco de elección | Rifampicina | 600 mg | V.O | Día | 4 días |

# TRABAJADORES DE SALUD QUE PRESTAN ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO O PRESUNCIÓN CLÍNICA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA QUE PODRÍA SER MOTIVO DE PREOCUPACIÓN

Organice a los trabajadores de salud en grupos asignados al cuidado de los pacientes. Tómeles la temperatura periódicamente (por ejemplo, antes de cada turno) y controle la aparición de síntomas de enfermedades como neumonía bacteriana, tuberculosis, influenza (tos, dolor de garganta y dificultad para respirar) de 7 días a 10 días después de la última exposición potencial a un paciente con infección respiratoria aguda que podría ser fuente de preocupación.

Recomiéndele al personal que, en caso de presentar fiebre superior a 38 °C o síntomas de enfermedad tipo influenza, tome las siguientes medidas:

* Pasar inmediatamente al médico.
* limite sus relaciones con otras personas;
* no se presenten en zonas públicas, y
* notifiquen a la administración o al equipo encargado de la prevención y el control de las infecciones y la salud ocupacional que tienen síntomas y tuvieron contacto con pacientes con infección respiratoria aguda que podría ser motivo de preocupación.

Se diligenciará un formato de seguimiento a los funcionarios expuestos a infecciones respiratorias agudas. Ver anexo 1

Se recomienda que, en caso de requerir apoyo con infectología, comunicarse al número de celular 3187171982 – Línea gratuita ARL SURA 018000511414 o 018000941414

# BIBLIOGRAFIA

* Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis b y el virus de la hepatitis c, del ministerio de salud y protección social año 2017.
* <http://www.prioridadcero.com/wp-content/uploads/2014/03/Protocolo-postexposici%C3%B3n.pdf>
* Guía de atención de la meningitis meningocócica Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención
* Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria
* Directrices de la Organización Mundial de la Salud
* Organización Mundial de la Salud 2014

# CONTROL DE REVISIONES Y CAMBIOS DEL DOCUMENTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORÓ** | **REVISO** | **APROBO** |
| **Ricardo Almario Mejía**Apoyo del SG-SST | **DUFFAY GONZALES**Epidemióloga**Brisa Marina Díaz**Líder del SG-SST |  **Cesar. A. Jaramillo M.** Gerente |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VERSION** | **FECHA DE REVISION O ACTUALIZACION** | **DESCRIPCION GENERAL DEL****CAMBIO REALIZADO** |
|  1.0 |  14/02/2020 | Se creó por primera vez el documento |