



---

# PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A AGENTES BIOLÓGICOS DE TRANSMISIÓN SANGUÍNEA EN PERSONAL DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.

---

Rita Lloret Torres. Enfermera del Trabajo.  
Ana Martínez García. Enfermera del Trabajo.  
Cristina Martínez-Carrasco Pleite. Médico del Trabajo.  
Emiliano Esteban Redondo. Médico del Trabajo



- Accidente de Riesgo Biológico.

- Contacto con...

**Sangre, tejidos o fluidos corporales.**

- Potencialmente contaminados agentes biológicos...

- A través de...

**Inoculación percutánea, piel no intacta o mucosas.**

- Accidente de Riesgo Biológico.

- Contacto con...

Sangre. Lesiones.

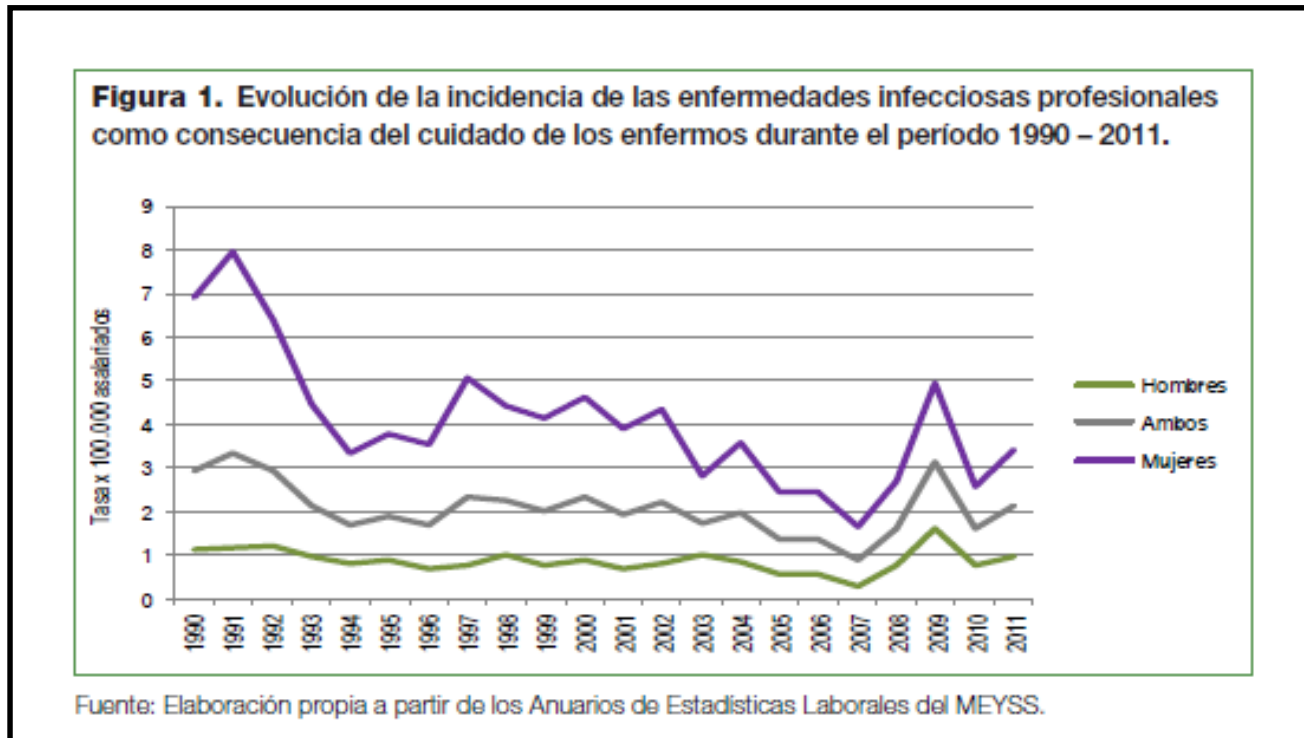
- Potencialmente dañados agentes biológicos.

- Accidentes de...

Inoculación percutánea, piel no intacta o mucosas.

**ACTIVIDAD LABORAL**

- La transmisión de agentes patógenos por vía hemática constituye uno de los principales riesgos del ámbito sanitario.



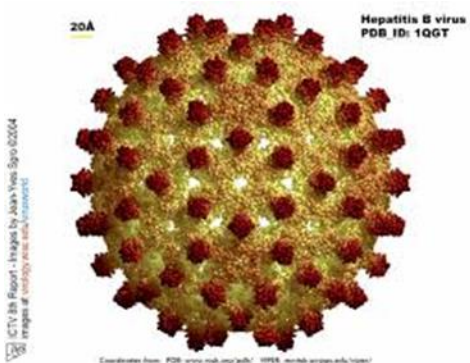
Guía de Bioseguridad para los profesionales sanitarios

- Evolución SMS 2005-2015.

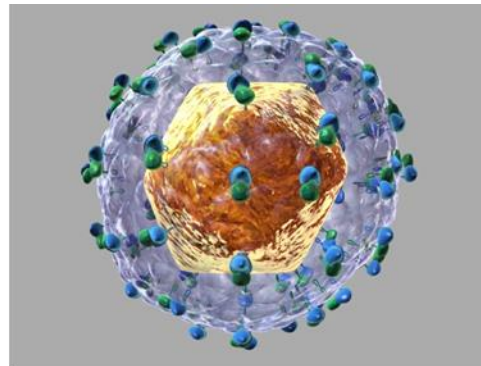
años	Sangre ↓	Fluidos contaminados con sangre ↑	Tejidos o fluidos potencialmente infecciosos ↓	Contacto directo con concentraciones virales	Otros	No especificado
2015	72.77	17.63	5.58	0	2.97	1.05
2014	65.97	20.84	8.99	0.38	3.63	0.19
2013	71.82	17.80	7.42	0	2.97	0
2012	67.65	20.73	3.87	0	6.61	1.14
2011	69.92	18.46	6.43	0.21	4.98	0
2010	73.70	15.43	6.52	0	3.91	0.43
2009	74.36	14.18	5.45	0.36	4.91	0.73
2008	69.56	13.11	8.46	0.21	3.17	5.50
2007	75.35	11.44	8.98	0.35	3.87	0
2006	71.26	13.54	6.89	0.24	8.08	0
2005	75.66	12.06	8.11	0.22	3.95	0

Guía e Bioseguridad para los profesionales sanitarios

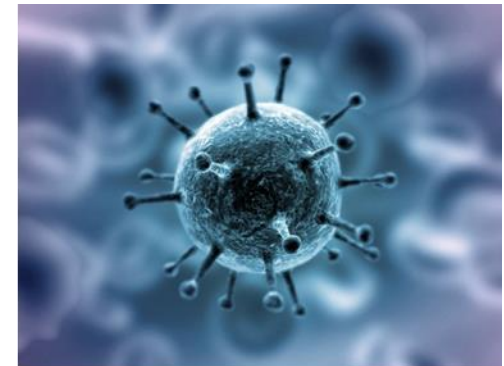
- Riesgo de transmisión percutánea.



Hepatitis B.- 30%



Hepatitis C.- 1.8%



VIH.- 0.3%

## OBJETIVO.

- Actualización del protocolo vigente desde 2008, siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas y del MSPS. Se establece la secuencia de actuación, incluyendo la notificación, el control inicial y el seguimiento del trabajador y posteriormente poder valorar la eficacia de las intervenciones.

### Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/CEEISCAT/SEMP sobre la profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños (Enero 2008)

#### COORDINADORES DEL PANEL:

Rosa Polo  
Jefe de Área Asistencial de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida  
Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid

Koldo Aguirrebengoa Ibarburen  
Médico Adjunto de Enfermedades Infecciosas  
Hospital de Cruces de Barakaldo. Bilbao

Nuria Vives  
Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y el Sida de Cataluña (CEEISCAT).  
Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. Badalona. Barcelona.

#### COMPONENTES DEL PANEL (por orden alfabético):

Esperanza Álvarez Maeztu  
Coordinadora de la Unidad Básica de Prevención  
Hospital de Cruces de Barakaldo. Bilbao

M<sup>a</sup> José Galdino Puerto  
Médico Adjunto. Servicio Medicina Interna/Infecciosas  
Hospital Clínico Universitario. Valencia

Raúl González-Montero.  
Facultativo Especialista de Área. Servicio de Pediatría.  
Hospital Universitario San Juan. Alicante.

Félix Gutiérrez Rodero  
Jefe de Sección de Enfermedades Infecciosas  
Hospital General Universitario. Eche

Jaime Locutura Rupérez  
Médico Adjunto  
Medicina Interna / Enfermedades Infecciosas  
Hospital General Yagüe. Burgos

Fernando Lozano De León Naranjo  
Médico Adjunto Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas  
Hospital Universitario de Valme. Sevilla

Cristina Menoyo  
Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA.  
Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

## MATERIAL Y METODO.

- Se obtiene información del Documento de Consenso sobre Profilaxis Post-exposición ocupacional y no ocupacional en relación con VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2015.

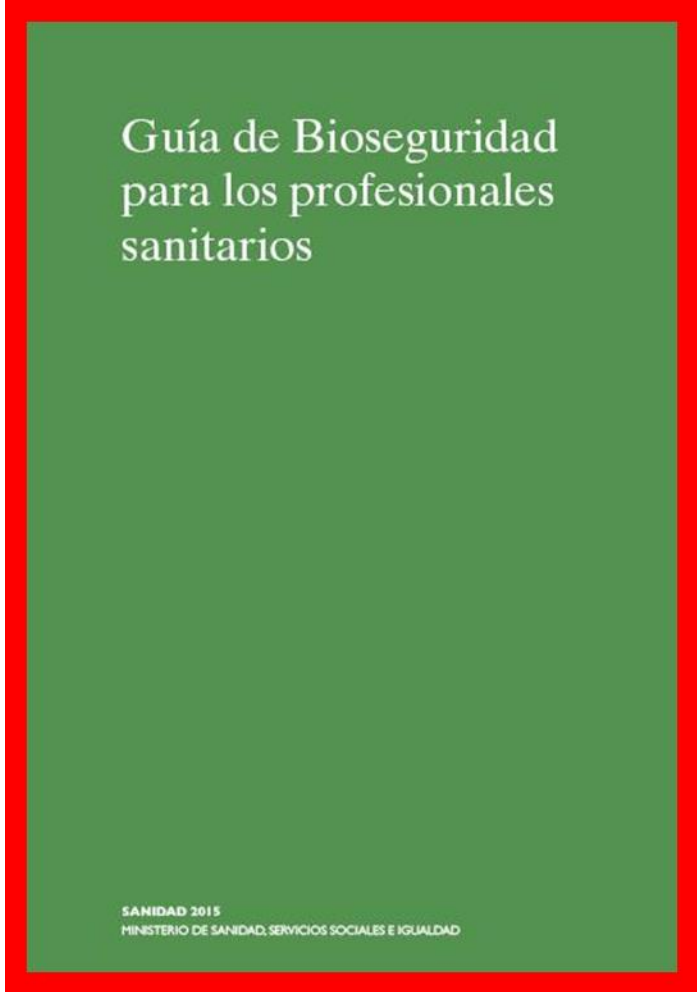
**Documento de Consenso sobre  
Profilaxis postexposición  
ocupacional y no ocupacional en  
relación con el VIH, VHB y VHC en  
adultos y niños.  
(Marzo 2015)**

Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST), Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública (SESLAP), Asociación Nacional de Médicos del Trabajo en el Ámbito Sanitario (ANMTAS), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Grupo de Estudio de Hepatitis Víricas-SEIMC (GEHEP) y Federación Española de la Enfermería del Trabajo (FEDEET).





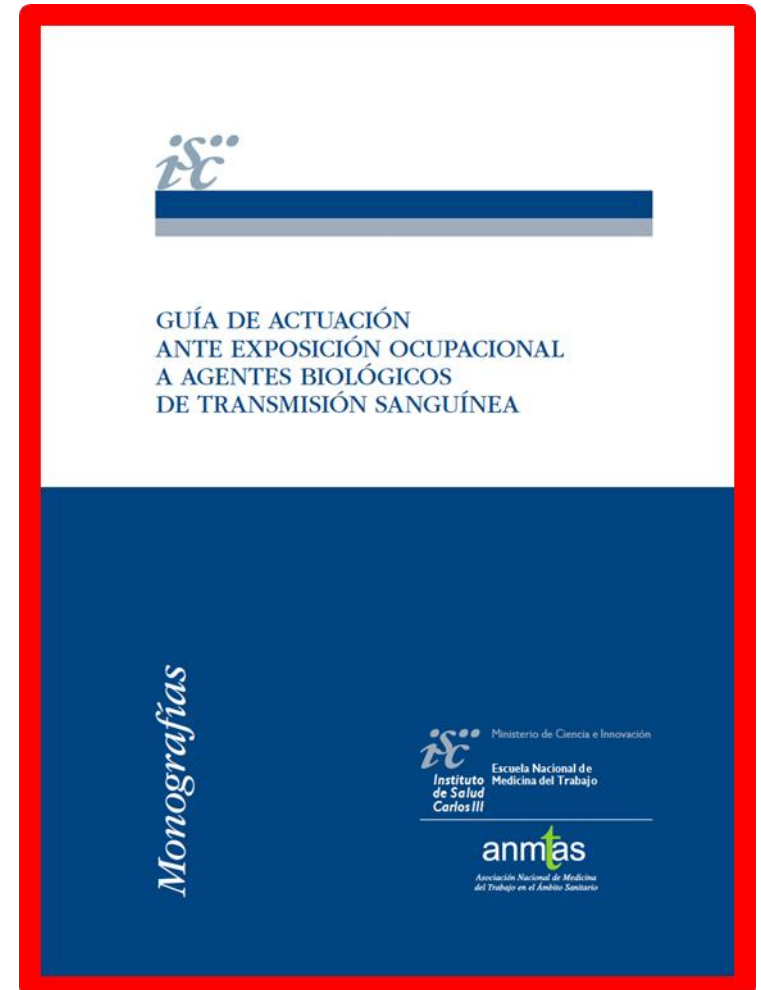
- Guía de Bioseguridad para profesionales sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2015.



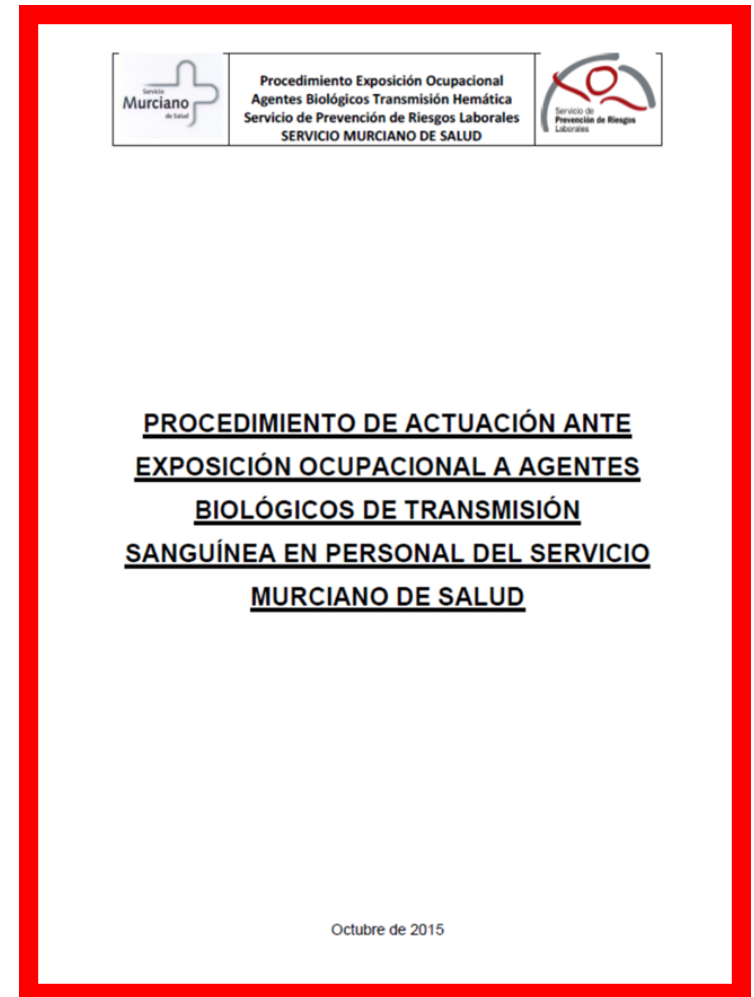
Guía de Bioseguridad  
para los profesionales  
sanitarios

SANIDAD 2015  
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

- Guía de actuación ante exposición ocupacional a agentes biológicos de transmisión sanguínea. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid. (Actualización 2012)



- Procedimiento de actuación ante exposición ocupacional a agentes biológicos de transmisión sanguínea en personal del Servicio Murciano de Salud. Murcia octubre 2015.



*Procedimiento de*  
*aplicación en los centros*  
*dependientes del SMS:*

- Trabajadores sanitarios.
- Trabajadores de empresas externas, estudiantes en practicas, voluntarios, etc.
- Otros trabajadores de otros medios.

# Actuación postexposición y seguimiento.

- Secuencia de actuación:
  - Notificación.
  - Control.
  - Seguimiento.

**Como norma general** la valoración será realizada por el Enfermero del Trabajo del EPRL. Si se precisara la valoración de profilaxis postexposición o seguimiento, se remitirá al Médico del Trabajo

# Actuación postexposición y seguimiento.

## • Notificación.

– Inmediato superior.



– Comunicación interna del accidente del accidente.



– Servicio de personal.

– Equipo de prevención.

COMUNICACIÓN INTERNA DE ACCIDENTE DE TRABAJO									
Fax:					Teléfono:				
HOSPITAL / GERENCIA									
CENTRO / SERVICIO / UNIDAD / PLANTA									
RESPONSABLE / SUPERVISOR									
FECHA COMUNICACIÓN AL SERVICIO									
DATOS DEL ACCIDENTADO									
NOMBRE			APELLIDOS:						
NIF:		CATEGORÍA:			PUESTO:				
N.S.S.:		FECHA DE NACIMIENTO:			ANTIGÜEDAD (años):				
RELACIÓN LABORAL	Propietario	Interino	Otros	Tif. de contacto:					
Domicilio:							LOCALIDAD:		
DATOS DEL ACCIDENTE									
LUGAR DEL ACCIDENTE:									
Centro de Trabajo					Desplazamiento en Jornada				
Ir o volver del Trabajo					Otro centro o lugar de trabajo				
TRABAJO HABITUAL:		SI	NO	TURNO:					
FECHA:		DÍA DE LA SEMANA:			HORA:		HORA DE TRABAJO:		
BAJA	SI	NO	FECHA BAJA:		GRADO LESION				
DESCRIPCIÓN LESION:									
PARTE CUERPO LESIONADA:									
AGENTE MATERIAL CAUSANTE:									
DAÑOS MATERIALES:									
DESCRIBIR CLARAMENTE CÓMO SUCEDIÓ:									
TESTIGOS: (datos de identificación y teléfonos localización)									
FIRMA PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL PARTE					FIRMA DEL SUPERVISOR / SUPERIOR JERARQUICO				

[http://www.ffis.es/ups/prl/modelo\\_parte\\_interno\\_accidentes\\_2012.pdf](http://www.ffis.es/ups/prl/modelo_parte_interno_accidentes_2012.pdf)

# Actuación postexposición y seguimiento.

## Investigación del accidente

### Actuación inicial.

- Área Sanitaria del EPRL.
  - Valoración del riesgo.
  - Solicitud de serología de paciente\* y trabajador\*.
  - Inicio de profilaxis VHB\*.
  - Profilaxis VIH\*.- remitir a M. Infecciosas.

\*.- si precisa.

### S. Urgencias.

- Valoración del riesgo.
- Solicitud de serología de paciente\* y trabajador\*.
- Inicio de profilaxis VHB\*.
- Profilaxis VIH\*.- remitir a M. Infecciosas.
- Remitir al EPRL.

\*.- si precisa.



# Actuación postexposición y seguimiento.

- Analítica fuente.-

**PREVIA SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO.**

- VIH.
- VHC.
- VHB.

**RECOMENDABLE** EL RESULTADO DE VIH ANTES DE **2 HORAS** TRAS EXPOSICIÓN.

- Analítica trabajador.-

- VIH.
- VHC.
- VHB (AcHBs, AcHBc, AgHBs) •

- Hemograma.
- Función hepática y renal.

# Actuación postexposición y seguimiento.

## Profilaxis Postexposición VHB

### • Fuente.-

- Ag HBs negativo.



NO SEGUIMIENTO

- Ag HBs positivo.



VALORAR ESTADO  
SEROLOGICO  
TRABAJADOR

### • Trabajador accidentado.-

- Trabajador inmune.



NO SEGUIMIENTO

- Trabajador NO INMUNE.



PROFILAXIS  
POSTEXPOSICIÓN

# Actuación postexposición y seguimiento.

## Profilaxis Postexposición VHB

Serología VHB de la fuente de exposición	Actuación en el trabajador expuesto			
	No vacunados del VHB o vacunación incompleta	Vacunación completa del VHB		
		Respuesta adecuada: anti-HBs $\geq$ 10 mUI/ml	Respuesta inadecuada: anti-HBs < 10 mUI/ml	
		Con 2 series completas de vacuna VHB	Con 1 serie completa de vacuna VHB	
Fuente HBsAg + o desconocida	Administrar una dosis de IGHB + Serie completa de vacunación o completar vacunación del VHB, según corresponda	Protegido: No precisa PPE	Administrar dos dosis de IGHB separadas 1 mes	Administrar una dosis de IGHB + Completar nueva serie de vacunación del VHB
Fuente HBsAg negativa	Serie completa de vacunación o completar vacunación del VHB, según corresponda	Protegido: No precisa PPE	No precisa ninguna intervención	Administrar una dosis adicional de vacuna VHB

# Actuación postexposición y seguimiento.

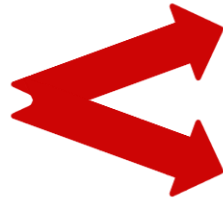
## Profilaxis Postexposición VHC

- Actualmente no existe profilaxis postexposición.

# Actuación postexposición y seguimiento.

## Profilaxis Postexposición VIH

**INICIO**



- Lo antes posible (<24 h).
- Nunca después de 72 h.

- No demorar hasta obtener resultados.
- Si la fuente resulta negativa, suspenderla.

# Actuación postexposición y seguimiento.

## Profilaxis Postexposición VIH

- **Nivel de riesgo.**
  - **Muy alto.**
    - Gran volumen de sangre **Y** alta carga viral.
  - **Alto.**
    - Gran volumen de sangre **Ó** alta carga viral.
  - **No alto.**
    - Sin gran volumen, ni alta carga viral (en carga indetectable considerar no hacer PPE).

# Actuación postexposición y seguimiento.

## Profilaxis Postexposición VIH

Tipo de Exposición	Tipo de material	Recomendación
<b>Percutánea</b>	<u>Sangre</u> Riesgo muy alto Riesgo alto Riesgo no alto	Recomendar PPE Recomendar PPE Recomendar PPE
	<u>Líquido que contiene sangre</u> , otros líquidos potencialmente infectantes o tejidos	Recomendar PPE
	<u>Otros líquidos corporales</u> no infectantes.	No recomendar PPE
	<u>Sangre</u>	Valorar individualmente
<b>Mucosas</b>	<u>Líquido que contiene sangre</u> , otros líquidos potencialmente infectantes o tejidos	Valorar individualmente
	<u>Otros líquidos corporales</u> no infectantes	No recomendar PPE
	<u>Sangre</u>	Valorar individualmente
<b>Piel alto riesgo</b>	<u>Líquido que contiene sangre</u> , otros líquidos potencialmente infectantes o tejidos	Valorar individualmente
	<u>Otros líquidos corporales</u> no infectantes	No recomendar PPE
	<u>Sangre</u>	Valorar individualmente

# Actuación postexposición y seguimiento.

## Profilaxis Postexposición VIH

- Terapia farmacológica.-

- Triple terapia:

- Dependiendo de tratamiento de paciente.
- Dependiendo de características del trabajador.
- Establecida por el S. de Medicina Infecciosa.

- Tenofovir/Emtricitabina + Duranavir / Ritonavir.
- Zidovudina / Lamiduvina + Atazanavir + Ritonavir.

- Duracion : 28 dias.



# Actuación postexposición y seguimiento.

## Actuación inicial.

- Consulta de M. Infecciosa.
  - Iniciar, ajustar o modificar la profilaxis iniciada.
  - Prescribir retrovirales para completar la profilaxis.
  - Control y seguimiento del trabajador durante la profilaxis prescrita.

# Actuación postexposición y seguimiento.

## Seguimiento Postexposición

- VIH.- NEGATIVO.
- VHC.- NEGATIVO.
- VHB.- NEGATIVO.
- Trabajador Ac HBS <10m (con 3 dosis documentadas o adquisición natural).

- NO PRECISA  
SEGUIMIENTO.

Si se sospechan factores de riesgo para VIH de la fuente, o periodo ventana.

Valorar control serológico Ac VIH a los 6 meses del contacto.

# Actuación postexposición y seguimiento.

## Seguimiento Postexposición VHB

		CONTROLES SEROLÓGICOS DEL TRABAJADOR					
		BASAL	2 SEMANAS	4-6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES	12 MESES
		Hemograma y Creatinina, AST, ALT Serología del VIH, VHB (Anti-HBs, Anti-HBc, AgHBs) y VHC.					
ESTADO SEROLÓGICO DE LA FUENTE	VHB (Ag.HBs POSITIVO O DESCONOCIDO)	Ac. Anti-HBs <10 mUI/ml: PPE (ver tabla)		Ag.HBs Ig.M anti-HBc AST, ALT	Ag.HBs Ig.M anti-HBc AST, ALT	Ag.HBs Ig.M anti-HBc AST, ALT	
		Ac. Anti-HBs ≥10 mUI/ml		No precisa seguimiento			
	VHB NEGATIVO	NO SEGUIMIENTO					

# Actuación postexposición y seguimiento.

## Seguimiento Postexposición VHC

		CONTROLES SEROLÓGICOS DEL TRABAJADOR					
		BASAL Hemograma y Creatinina, AST, ALT Serología del VIH, VHB (Anti-HBs, Anti-HBc, AgHBs) y VHC.	2 SEMANAS	4-6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES	12 MESES
ESTADO SEROLÓGICO DE LA FUENTE	VHC (Ac. POSITIVO O DESCONOCIDO)			Ac VHC AST, ALT	Ac VHC (AST, ALT) <sup>(3)</sup>	Ac VHC (AST, ALT) <sup>(3)</sup>	
	VHC NEGATIVO	NO SEGUIMIENTO					

# Actuación postexposición y seguimiento.

## Seguimiento Postexposición VIH

		CONTROLES SEROLÓGICOS DEL TRABAJADOR					
		BASAL Hemograma y Creatinina, AST, ALT Serología del VIH, VHB (Anti-HBs, Anti-HBc, AgHBs) y VHC.	2 SEMANAS	4-6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES	12 MESES
ESTADO SEROLÓGICO DE LA FUENTE	VIH (Ac. VIH POSITIVO O DESCONOCIDO)		Hemograma  Función renal y hepática	Ac VIH  Hemograma y ALT, AST	Ac VIH	Ac VIH	Ac VIH <sup>1)</sup>
	VIH NEGATIVO	NO SEGUIMIENTO <sup>(2)</sup>					

# Actuación postexposición y seguimiento.

## CONSEJO SANITARIO

- Modificación de practicas sexuales.
- Evitar donar sangre.
- Evitar embarazo.
- Evitar lactancia.
- Cambio de puesto de trabajo.
- Completar tratamiento y seguimiento.








# Consentimientos.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VACUNACION DE HEPATITIS B.

	(Identificación del trabajador)
<b>IDENTIFICACIÓN</b> Persona que le informa: Fecha:	
<b>INFORMACIÓN</b> Nombre comercial de la vacuna: Engerix-B@20mcg o HBVaxpro@10mcg Vacuna indicada para la inmunización activa frente a la infección por el virus de la hepatitis B.	
<b>ADMINISTRACIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se administra por vía intramuscular en región deltoidea.</li> <li>• 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses.</li> <li>• Transcurridos 1 ó 2 meses después de la 3ª dosis de vacuna se realizará marcadores anti HBs mediante extracción analítica para ver respuesta a la vacuna.</li> </ul> En vacunación incompleta: administrar las dosis necesarias hasta completar 3 dosis, independientemente del tiempo transcurrido. Si tras una serie completa de vacunación un individuo no desarrolla una titulación $\geq$ a 10 mUI/ml, deberá recibir otra serie completa. Transcurridos 1 ó 2 meses tras última dosis, se volverán a realizar marcadores anti HBs.	
<b>CONTRAINDICACIONES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es alérgico al antígeno de superficie del virus de la hepatitis B o a cualquiera de los demás componentes de la vacuna.</li> <li>• Si padece una enfermedad grave con fiebre.</li> </ul>	
<b>REACCIONES ADVERSAS</b> Los efectos adversos más frecuentemente observados son reacciones en el lugar de inyección: molestias, enrojecimiento e induración. Otros efectos adversos notificados muy raramente son: Fatiga, fiebre, síntomas parecidos a la gripe, vómitos, náuseas, diarrea, dolor abdominal, elevación enzimas hepáticas, dolor de las articulaciones, artritis, dolor muscular, inflamación de los ojos que causa dolor y enrojecimiento, bajo nivel de plaquetas, presión arterial baja, reacciones alérgicas, trastornos del sistema nervioso (agujetas, parálisis facial, inflamación de los nervios incluyendo Síndrome de Guillain-Barré, inflamación del cerebro, exacerbación de la esclerosis múltiple, dolor de cabeza, mareo y desmayo)	
<b>DECLARO QUE</b> He comprendido la información que se me ha facilitado y he podido formular y aclarar todas las dudas que he planteado. Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. Y en tales condiciones:  DOY MI CONSENTIMIENTO para recibir una dosis de vacuna de Hepatitis B comprometiéndome a seguir el protocolo de vacunación establecido.	
Firma del trabajador o representante legal	Firma del profesional que informa
En.....a.....de.....de.....	
NO DOY MI CONSENTIMIENTO para la vacunación que se me ha propuesto.	
Firma del trabajador o representante legal informa	Firma del profesional que informa
En.....a.....de.....de.....	

