

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EXPOSICIONES ACCIDENTALES A MATERIAL BIOLÓGICO

MARZO 2012

1. ACTUACIÓN INMEDIATA TRAS LA EXPOSICIÓN.

A. ACCIDENTES PERCUTÁNEOS (Pinchazos, cortes)

- Retirar el objeto causante y desecharlo en el lugar adecuado.
- Permitir el sangrado activo de la lesión bajo agua corriente (inducir el sangrado, si es necesario) durante 2-3 minutos. No restregar.
- Limpiar la zona con agua y jabón.
- Aplicar un antiséptico (povidona yodada, gluconato de clorhexidina). No utilizar lejía.
- Cubrir la herida con apósito impermeable.
- Valorar necesidad de profilaxis antitetánica.

B. SALPICADURA DE SANGRE O FLUIDOS

- En piel:
 - Retirar ropa contaminada.
 - Lavar con agua abundante y jabón.
- En mucosas:
 - Lavar con suero fisiológico o agua abundante.

C. CONTACTOS SEXUALES DE RIESGO

- Realizar prueba de embarazo:
 - en cualquier caso de exposición sexual.
- Prescribir profilaxis antibiótica para las ETS en una dosis única:

Mujeres: Ceftriaxona 250 mg (im) + Metronidazol 2 g (vo) + Azitromicina 1 g (vo).
ó Cefixima 400mg (vo)

Hombres: Ceftriaxona 250 mg (im) + Azitromicina 1 g (vo)
ó Cefixima 400mg (vo)

- En alérgicos a Penicilina o Cefalosporinas sustituir Ceftriaxona ó Cefixima por Ciprofloxacino 500 mg (vo).
- Consulta con ginecología en caso necesario.
- Seguimiento de otros protocolos específicos: Protocolo Agresión sexual (ver anexo 1).

2. EVALUACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LA EXPOSICIÓN

A. Fluidos corporales capaces de transmitir VHB, VHC y VIH:

Fluidos infectados con alto riesgo de transmisión	Fluidos infectados con riesgo intermedio de transmisión	Fluidos usualmente no infectados (mientras no lleven sangre)
Sangre ó Fluidos que contengan sangre	Semen Secreciones vaginales LCR Líquido pleural Líquido peritoneal Líquido pericárdico Líquido amniótico Leche humana Tejido corporal Líquido sinovial	Saliva ⁽¹⁾ Orina Heces (incluida diarrea) Lágrimas Sudor Vómitos Secreción nasal Espujo

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

Disponible en URL: http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PPE_14-01-08.pdf

(1) Se considera de riesgo intermedio para la transmisión de VHB

B. Tipo de lesión:

Exposición cutánea	
Fluidos sobre piel intacta	Riesgo no identificado
Mordedura sin rotura de la piel	Riesgo no identificado
Fluidos sobre piel con integridad comprometida (dermatitis, abrasión, laceración, herida abierta)	Riesgo bajo-intermedio
Herida cutánea con sangrado en la fuente y el recipiente	Riesgo alto
Exposición percutánea	
Arañazo superficial con un objeto afilado incluidas las agujas encontradas en la calle	Riesgo no identificado
Herida punzante con una aguja no hueca	Riesgo bajo
Herida punzante con una aguja hueca sin sangre visible	Riesgo bajo
Piercing	Riesgo bajo
Mordedura con rotura de la piel	Riesgo bajo
Herida punzante con una aguja hueca con sangre visible	Riesgo intermedio
Herida punzante con una aguja larga hueca con sangre visible o con aguja recientemente usada	Riesgo alto

Exposición mucosa	
Besos	Riesgo no identificado
Sexo oral	Riesgo bajo
Ingestión única de leche materna infectada	Riesgo bajo
Fluidos en el ojo o en la boca	Riesgo bajo
Recepción vaginal sin trauma	Riesgo intermedio
Recepción anal	Riesgo alto
Recepción vaginal o anal con trauma (abuso sexual)	Riesgo alto

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

Disponible en URL: http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PPE_14-01-08.pdf

La utilización de guantes disminuye el 50% el volumen inyectado.

El riesgo máximo se produce cuando la exposición consiste en una punción profunda con aguja hueca, contaminada, que previamente estaba en vena ó arteria y procede de un paciente con infección por VIH, en situación de enfermedad muy avanzada.

C. Susceptibilidad de la persona que ha sufrido el accidente:

- Vacunación previa frente a Hepatitis B y respuesta a la vacuna.
- Estado inmunitario frente a VHB, VHC y VIH.

D. Presencia o ausencia de infección en la fuente:

Se consideran de alto riesgo:

- Presencia de HbsAg y/o HbeAg.
- Presencia de anticuerpos VHC.
- Presencia de anticuerpos VIH.
- Otros factores a considerar, sobre todo cuando no es posible realizar serología al paciente fuente:
 - Prácticas sexuales de riesgo, contacto sexual o sanguíneo con caso conocido de VHB, VHC y VIH.
 - Historia de UDVP, presencia de tatuajes o *piercing*.
 - Antecedente de haber recibido sangre o productos sanguíneos antes de 1987 para VIH y antes de 1990 para VHC.
 - Hemodiálisis (VHC).

3. ANALÍTICAS QUE REALIZAREMOS AL PACIENTE FUENTE Y AL PACIENTE EXPUESTO A FLUIDOS BIOLÓGICOS.

En todas las peticiones analíticas se indicará:

REMITIR LOS RESULTADOS A MEDICINA PREVENTIVA.

Hay que hacer lo posible por intentar disponer de una muestra de sangre del **paciente fuente**. Se le informará de las pruebas que se le van a realizar con el fin de obtener su consentimiento informado (verbalmente).

De lunes a viernes (de 8 a 15 horas):

- PACIENTE EXPUESTO: el paciente debe acudir al **Servicio de Medicina Preventiva**.
- PACIENTE FUENTE:
 - Si es posible, debe acudir al **Servicio de Medicina Preventiva**.
 - Si está siendo **atendido en el Servicio de Urgencias Hospitalarias**: se realizarán en dicho servicio las extracciones de sangre, antes de que sea dado de alta. Las peticiones las debe realizar el médico responsable del paciente en dicho servicio.
 - Si está **ingresado en la planta de Hospitalización**: se realizarán las extracciones en dicha planta antes de que sea dado de alta. Las peticiones las debe de realizar el médico de medicina preventiva.
 - Si el paciente está siendo **atendido en Consultas Externas**, debe acudir al servicio de Medicina Preventiva.

De lunes a viernes (de 15 a 8 horas), sábados y festivos:

- PACIENTE EXPUESTO: el paciente debe acudir al **Servicio de Urgencias Hospitalarias**.
- PACIENTE FUENTE:
 - Si es posible, debe acudir al **Servicio de Urgencias Hospitalarias** y será atendido por el médico de la consulta rápida.
 - Si está siendo **atendido en el Servicio de Urgencias Hospitalarias**: se realizarán en dicho servicio las extracciones de sangre, antes de que el paciente sea dado de alta. Las peticiones de las analíticas las realizará el médico responsable del paciente.
 - Si está **ingresado en la planta de Hospitalización**: se realizarán las extracciones en dicha planta. Las peticiones las debe realizar el médico de guardia del servicio en el que el paciente está ingresado y en su defecto (ej. Guardias localizadas), el médico de guardia de Medicina Interna.

ANALITICAS QUE SE LE SOLICITAN AL PACIENTE FUENTE:

- Marcadores de función hepática (AST, ALT).
- Serología VHB (HBsAg, HBcAc, HBeAg), VHC (anti VHC).
- Serología VIH (Anti VIH).

Si el paciente fuente es VIH + conocido: solicitar además CVP-VIH-1 (carga viral) y test de resistencias de VIH-1. Contactar con Dra. Gimeno de Microbiología para que se tramiten de forma preferente. Para ello se necesitan 2 tubos de bioquímica de 10 ml y 2 tubos EDTA de 10 ml.

En el anexo 2 disponemos de los modelos de todas las peticiones que se deben realizar.

ANALITICAS QUE SE LE SOLICITAN AL PACIENTE EXPUESTO:

- Hemograma, bioquímica general.
- Marcadores de función hepática (AST, ALT).
- Serología VHB (HBsAg, HBcAc, HBsAc), VHC (anti VHC).
- Serología VIH (Anti VIH).

Para lo que se necesitan 2 tubos de bioquímica de 10 ml.

En el anexo 3 disponemos de los modelos de todas las peticiones que se deben realizar.

Los tubos de sangre extraídos se enviarán:

- De **lunes a viernes, de 8 a 15 horas**, a Laboratorio General la petición de analítica ordinaria y a Microbiología - Serología el resto de peticiones con las muestras correspondientes.
- De **lunes a viernes de 15 a 8 horas, sábados y festivos**, al Laboratorio de Urgencias, junto con los volantes de analíticas solicitadas, claramente identificados con los datos del paciente fuente para que sean remitidos al Laboratorio General el primer día laborable.

4. ACTITUD POSTEXPOSICIÓN CON RIESGO DE HEPATITIS B

Situación vacunal y título de anticuerpos de la persona expuesta	Fuente HbsAg negativa	Fuente HbsAg positiva	Fuente HbsAg desconocida ⁽¹⁾
No vacunada	Comenzar pauta de vacunación ⁽²⁾	Administrar HBIG ⁽³⁾ en las primeras 24 horas y comenzar pauta de vacunación	Comenzar pauta de vacunación
Vacunada			
Respuesta positiva	No tratamiento	No tratamiento	No tratamiento
Respuesta negativa	No tratamiento	HBIG en las primeras 24 horas y comenzar pauta de vacunación ⁽⁴⁾	No tratamiento
Respuesta desconocida	No tratamiento	Titulación HBsAc >10 U/L: No necesita tratamiento	Titulación HBsAc adecuada: no necesita tratamiento
		Titulación HBsAc <10 U/L: HBIG en las primeras 24 horas y comenzar pauta de vacunación	Titulación HBsAc inadecuada: comenzar pauta de vacunación.

⁽¹⁾ Si la fuente HbsAg desconocida se considera de alto riesgo (apartado 2.D previo), debe aplicarse la misma pauta que si fuese HbsAg positiva.

⁽²⁾ Pauta de vacunación:

- en mayores de 15 años: 3 dosis de 20 µgr (0-1-6/12 meses)
- hasta 15 años (inclusive): 3 dosis de 10 µgr (0-1-6/12 meses)
- en pacientes con insuficiencia renal: 4 dosis de 40 µgr (0-1-2-6/12 meses)

⁽³⁾ HBIG: Inmunoglobulina de la Hepatitis B; Dosis de 0.06 ml/kg (12-20 UI/kg) por vía intramuscular. Se debe administrar lo antes posible después de la exposición, preferiblemente en las primeras 24 horas. No se ha demostrado su eficacia si se administra después de 7 días de la exposición.

⁽⁴⁾ Para los que completaron una primera serie vacunal y no respondieron se recomienda iniciar una segunda serie vacunal, a dosis doble de la recomendada para su edad. Para los que completaron una segunda serie vacunal y no respondieron, se recomienda administrar una dosis de HBIG y una segunda dosis de HBIG un mes después de la primera, no iniciar 3º serie vacunal.

5. ACTITUD POSTEXPOSICIÓN CON RIESGO DE HEPATITIS C

No se dispone de profilaxis post-exposición a Hepatitis C.

6. ACTITUD POSTEXPOSICIÓN CON RIESGO DE VIH

Se debe de valorar el riesgo de transmisión según las tablas 1 y 2 para recomendar la profilaxis farmacológica postexposición (PPE).

Tabla 1: Recomendaciones generales para profilaxis postexposición ocupacional frente al VIH

Tipo de exposición	Tipo de material	RECOMENDACIÓN DE PROFILAXIS
Percutánea	Sangre ⁽¹⁾ Riesgo muy alto Riesgo alto Riesgo no alto	Recomendar Recomendar Ofrecer Ofrecer
	Líquido que contiene sangre, otros líquidos infecciosos ⁽²⁾ o tejidos Otros líquidos corporales	No recomendar
Mucosas	Sangre Líquido que contiene sangre, otros líquidos infecciosos ⁽²⁾ o tejidos Otros líquidos corporales	Ofrecer Ofrecer No recomendar
	Piel alto riesgo ⁽³⁾ Sangre Líquido que contiene sangre, otros líquidos infecciosos ⁽²⁾ o tejidos Otros líquidos corporales	Ofrecer Ofrecer No recomendar

Fuente: Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/ CEEISCAT/SEMP sobre la profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños (Enero 2008)
Disponible en URL: http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PPE_14-01-08.pdf

⁽¹⁾ Riesgo muy alto: se define como un accidente con gran volumen de sangre (pinchazo profundo con aguja que se ha utilizado en un acceso vascular del paciente) y que contenga carga viral VIH elevada (seroconversión del paciente o fase avanzada de la enfermedad)

Riesgo alto: se define como accidente con alto volumen de sangre o accidente con sangre que contiene carga viral de VIH elevada.
Riesgo no alto: ni exposición a alto volumen de sangre ni a sangre con carga viral de VIH elevada (pinchazo con aguja de sutura a partir de un paciente en fase asintomática de la infección por VIH con carga viral baja o indetectable)

⁽²⁾ Incluye semen, secreciones vaginales, LCR y líquidos sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico y amniótico.

⁽³⁾ Los contactos cutáneos se consideran 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 íntegra.

Tabla 2: Condiciones que debe cumplir una exposición no ocupacional para considerar el empleo de profilaxis antirretroviral

Fuente	Infección por el VIH conocida, o desconocida con factores de riesgo ⁽¹⁾
Tipo de exposición	Exposición percutánea (pinchazo, corte), exposición mucosa, o exposición cutánea con piel no intacta (dermatitis, abrasiones, heridas) Exposición con un riesgo elevado: relación anal receptiva no protegida con eyaculación, intercambio de agujas o jeringuillas inmediatamente después de haber sido usadas ⁽²⁾ Exposición con un riesgo apreciable: relación vaginal receptiva no protegida, relación anal receptiva no protegida sin eyaculación, relación vaginal o anal insertiva no protegida, relación orogenital receptiva no protegida con eyaculación ⁽³⁾
Tiempo transcurrido desde la exposición	Menos de 72 horas

Fuente: Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/ CEEISCAT/SEMP sobre la profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños (Enero 2008)
 Disponible en URL: http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PPE_14-01-08.pdf

⁽¹⁾ Usuario de drogas por vía parenteral o perteneciente a colectivos con una prevalencia elevada de infección por el VIH. La profilaxis debe interrumpirse si el resultado de la serología de la fuente es negativo.

⁽²⁾ Debe recomendarse profilaxis.

⁽³⁾ Debe considerarse profilaxis, especialmente si la fuente tiene una infección por el VIH “no controlada” (carga viral elevada, paciente sintomático o con primoinfección).

Plan de actuación según el riesgo de transmisión:

- (A) PPE

- Iniciar PPE tan pronto como sea posible, preferiblemente entre las 2 - 6 horas post-exposición. Siempre antes de las 72 horas, ya que se considera que transcurrido este tiempo, la administración de la profilaxis es ineficaz.
- Administrar PPE durante cuatro semanas.
- Antes de la administración de PPE se le debe proporcionar al paciente la **hoja de consentimiento informado**: Profilaxis postexposición con antirretrovirales, disponible en anexo 4 y en intranet: enlaces / urgencias / hojas / consentimientos informados usados en urgencias.
- TRATAMIENTO A ADMINISTRAR DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS:

Combivir®	+	Kaletra®
(lamivudina 150 mg + zidovudina 300 mg)		(lopinavir 200 mg + +ritonavir 50 mg)
1 comp/12 horas VO		2 comp/12 horas VO

La medicación se solicitará al Servicio de Farmacia con prescripción individualizada (hoja amarilla) y se dispensará tratamiento hasta el siguiente día hábil, cuando el paciente pueda ser valorado por el Servicio de Medicina Preventiva. En la prescripción se indicarán todos los medicamentos que recibe el paciente para que el farmacéutico valore posibles interacciones farmacológicas con significación clínica y lo comunique al médico prescriptor. Esta pauta de tratamiento antirretroviral no está contraindicada durante el embarazo.

En el Servicio de Urgencias no se realizarán consideraciones sobre el régimen de PPE a administrar, se recomendará la pauta de urgencia arriba expuesta. En caso de no poder utilizarla, por interacción con otros fármacos, la alternativa será Efavirenz (Sustiva®: 600 mg al día) o Raltegravir (Isentress®: 400mg cada 12 h).

- (B) CAT

Formulario de **Comunicación de Accidente de Trabajo** en el caso de accidente si es un trabajador de nuestro departamento sanitario, disponible en anexo 5 y en intranet: enlaces / urgencias / protocolos / agresiones / CAT: documento de comunicación de accidente de trabajo. Este formulario consta de 4 hojas autocopiables.

Lo debe rellenar:

- De lunes a viernes laborables, de 8 a 15 horas:
 - Si el paciente expuesto es médico: jefe de servicio/coordinador médico.
 - Si el paciente expuesto es enfermero, auxiliar o técnico: supervisor del servicio/ coordinador enfermería.
 - Si el paciente expuesto es celador: jefe de celadores.

- De lunes a viernes de 15 a 8 horas, sábados y festivos:
 - Si el paciente expuesto es médico: jefe de guardia o médico adjunto de guardia
 - Si el paciente expuesto es enfermero, auxiliar o técnico: supervisor de guardia
 - Si el paciente expuesto es celador: jefe de turno

Con el formulario relleno, el paciente expuesto debe acudir al Departamento de Personal (2º planta del Edificio Principal), el primer día laborable, aunque no cause baja laboral.

En el departamento de personal se registrará el incidente y se cuñarán todas las copias del formulario CAT:

- Las copias 1 y 2 se las quedará el Departamento de Personal.
 - La copia 3 el paciente expuesto se la entregará a su mando directo.
 - La copia 4 se la quedará el paciente expuesto.
-
- **(C)** Remitir al paciente a Medicina Preventiva. Acudirá el primer día laborable posterior a la exposición.

7. REALIZAR ASESORAMIENTO

En exposiciones a Hepatitis Virales, durante al menos tres meses:

- La persona expuesta debe abstenerse de donar sangre, órganos, tejidos o semen.
 - No necesita modificar prácticas sexuales o abstenerse de quedarse embarazada.
 - Si está lactando, no necesita suspenderlo.
- Si se trata de personal sanitario: no es necesario restringir la actividad asistencial. Deben seguir las prácticas recomendadas de control de infecciones, incluyendo las precauciones estándar.

En exposiciones al VIH, durante al menos tres meses:

- La persona expuesta debe abstenerse de donar sangre, órganos, tejidos o semen.
- Abstinencia sexual o uso de preservativo para prevenir la transmisión sexual y evitar el embarazo.
- Si está lactando, debe ser asesorada sobre el riesgo de transmisión de VIH a través de la leche materna y valorar su interrupción en exposiciones de alto riesgo.
- Si se trata de personal sanitario: no es necesario restringir la actividad asistencial. Deben seguir las prácticas recomendadas de control de infecciones, incluyendo las precauciones estándar.
- En exposiciones en las que se prescribe profilaxis postexposición debe informarse acerca de la posible toxicidad medicamentosa y la necesidad de monitorización.

8. REALIZAR SEGUIMIENTO POSTERIOR

A) Exposiciones al VHB:

- Realizar extracción basal para conocer situación respecto a Hepatitis B y repetir a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses en los casos en que no existía inmunidad natural ni vacunal al inicio del seguimiento.
- Realizar test de HBsAc 1-2 meses después de la última dosis de vacuna de Hepatitis B, en las personas en que ésta se administra.

B) Exposiciones al VHC:

- Realizar prueba basal de anti-VHC y ALT.
- Realizar determinación de RNA del VHC a las 4-6 semanas para diagnóstico temprano de infección.
- Realizar determinación de anti-VHC a las 6 semanas, 3 meses, 6 meses y al año.
- En caso de fuente desconocida respecto a Hepatitis C, realizar determinación de anti-VHC a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses.

C) Exposiciones al VIH:

- Realizar test de anticuerpos anti-VIH basal, seis semanas, 3 meses, 6 meses y al año.
- En caso de fuente desconocida respecto a VIH, realizar determinación de anti-VIH a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses.

ANEXO 1

PROTOCOLO MANEJO DE LA AGRESIÓN SEXUAL EN URGENCIAS DE GINECOLOGIA

1. En la entrevista explicar que la posibilidad de embarazo en el contexto de agresión sexual es muy baja.
2. No obstante, informar sobre los supuestos legales actuales (Ley de 2.010) relativos a la Interrupción Voluntaria de la Gestación (a petición personal siempre que sea antes de las 14 semanas de gestación y tramitada en su Centro de Salud Sexual y Reproductiva).

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NO URGENTES

- a. INICIALES (habitualmente en presencia de M. Forense que suele modificar):
 - i. Gs y Rh de la paciente
 - ii. Test de Gestación
 - iii. Citología cérvico-vaginal
 - iv. Toma de muestra cérvico-vaginal: cultivo para Gonococo y PCR de Chlamydia + Gonococo.
 - v. Serología Sífilis, VHB, VHC y VIH
 - vi. Determinación tóxicos
- b. A LOS 10 DIAS (Puede realizarse por su M. Familia en C. Salud):
 - i. Valoración de la evolución de las lesiones físicas genitales
 - ii. Evaluación estado psicológico (por personal especializado)
 - iii. Si Gonococo, Chlamydia negativos en el cultivo, pueden repetirse tomas de canal endocervical.
 - iv. Es aconsejable repetir Test de Gestación a los 10 días.

4. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA:

- a. Conforme a protocolos específicos del Servicio de Obstetricia y Ginecología (Levonorgestrel, etc.).
 - i. Consentimiento Informado.

5. INICIO DE PROFILAXIS DE ENFERMEDADES-INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL.

A. Profilaxis antirretroviral

- a. Iniciar PPE tan pronto como sea posible, preferiblemente entre las 2 - 6 horas post-exposición. Siempre antes de las 72 horas, ya que se considera que transcurrido este tiempo, la administración de la profilaxis es ineficaz.
- b. Administrar PPE durante cuatro semanas.
- c. Antes de la administración de PPE se le debe proporcionar al paciente la **hoja de consentimiento informado**: Profilaxis postexposición con antirretrovirales, disponible en anexo 4 y en intranet: enlaces / urgencias / hojas / consentimientos informados usados en urgencias.

d. TRATAMIENTO A ADMINISTRAR:

Combivir®	+	Kaletra®
(lamivudina 150 mg + zidovudina 300 mg)		(lopinavir 200 mg + +ritonavir 50 mg)
1 comp/12 horas VO		2 comp/12 horas VO

Esta pauta de tratamiento antirretroviral no está contraindicada durante el embarazo.

En el Servicio de Urgencias de ginecología, no se realizarán consideraciones sobre el régimen de PPE a administrar, se recomendará la pauta de urgencia arriba expuesta.

Remitir al paciente a Medicina Preventiva. Acudirá el primer día laborable posterior a la exposición.

B. Otras profilaxis

1. Adulta No Gestante:
 - a. Gonococo: Ceftriaxona 250 mg im dosis única o Ciprofloxacino 500 mg vo monodosis.
 - b. Clamidia y Gonococo: Azitromicina 1 g vo dosis única o Doxiciclina 100 mg/12 horas vo / 7 días.
 - c. Tricomonas: Metronidazol o Tinidazol, 2 g vo monodosis.
 - d. Si lesión rectal: añadir Clindamicina 600 mg im dosis única.
2. Adulta Gestante:
 - a. Evitar Metronidazol y Tinidazol vo en 1º Trimestre.

Deben firmar Consentimientos Informado de todos los pasos realizados relativos a la toma de muestras, medicación, etc.

PACIENTE FUENTE:

- Consentimiento informado verbalmente
- VHB, VHC, VIH.
- En los pacientes VIH + conocido, además solicitamos: CVP-VIH 1 y Test de resistencias VIH 1.

Necesitamos:

- 1 tubo de bioquímica (tapón amarillo de 10 mL) para VHB y VHC.
- 1 tubo de bioquímica (tapón amarillo de 10 mL) para VIH.

En los pacientes VIH + conocido:

- 1 tubo de EDTA (tapón morado de 10 mL) para CVP-VIH 1.
- 1 tubo de EDTA (tapón morado de 10 mL) para el test de resistencias VIH 1.

1 tubo de bioquímica (tapón amarillo de 5 mL)



AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALICANTE
HOSPITAL GENERAL



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

MÉDICO:

0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etiqueta de Identificación del Paciente

FIRMA:

FECHA:

Etiqueta Número de Petición

SERVICIO:

<input type="checkbox"/> C. EXTERNAS	<input type="checkbox"/> ALE	<input type="checkbox"/> ALI	<input type="checkbox"/> ANE	<input type="checkbox"/> GAR	<input type="checkbox"/> CCA	<input type="checkbox"/> CIR	<input type="checkbox"/> CMX	<input type="checkbox"/> CGI	<input type="checkbox"/> CPL	<input type="checkbox"/> CTO	<input type="checkbox"/> CVA	<input type="checkbox"/> DER	<input type="checkbox"/> ECI	<input type="checkbox"/> END	<input type="checkbox"/> EST	
<input type="checkbox"/> HOSPITAL DE DÍA	<input type="checkbox"/> GIN	<input type="checkbox"/> HD	<input type="checkbox"/> HEM	<input type="checkbox"/> HMD	<input type="checkbox"/> POL	<input type="checkbox"/> INM	<input type="checkbox"/> LAC	<input type="checkbox"/> MDI	<input type="checkbox"/> MIN	<input type="checkbox"/> MPR	<input type="checkbox"/> NEF	<input type="checkbox"/> NEN	<input type="checkbox"/> NEM	<input type="checkbox"/> NCG	<input type="checkbox"/> NFL	<input type="checkbox"/> NER
	<input type="checkbox"/> NRI	<input type="checkbox"/> DIE	<input type="checkbox"/> OBS	<input type="checkbox"/> OFT	<input type="checkbox"/> OFI	<input type="checkbox"/> ONC	<input type="checkbox"/> ONG	<input type="checkbox"/> ONI	<input type="checkbox"/> ORI	<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> PED	<input type="checkbox"/> PRS	<input type="checkbox"/> PRE	<input type="checkbox"/> QUE	<input type="checkbox"/> RHB	<input type="checkbox"/> REU
	<input type="checkbox"/> TRI	<input type="checkbox"/> COT	<input type="checkbox"/> UCN	<input type="checkbox"/> UCP	<input type="checkbox"/> UCE	<input type="checkbox"/> UCI	<input type="checkbox"/> UDO	<input type="checkbox"/> UEI	<input type="checkbox"/> UHD	<input type="checkbox"/> UIC	<input type="checkbox"/> URG	<input type="checkbox"/> URP	<input type="checkbox"/> URQ	<input type="checkbox"/> USD	<input type="checkbox"/> USO	<input type="checkbox"/> UHP
	<input type="checkbox"/> UPC	<input type="checkbox"/> UPM	<input type="checkbox"/> ROD	<input type="checkbox"/> URO	<input type="checkbox"/> UCED	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> UMT	<input type="checkbox"/> CAPD	<input type="checkbox"/> BFC	<input type="checkbox"/> PAN	<input type="checkbox"/> URA	<input type="checkbox"/> PRL	<input type="checkbox"/> LIT	<input type="checkbox"/> CEB	<input type="checkbox"/> S11	<input type="checkbox"/> LAB

CÓDIGO DIAGNÓSTICO:

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21
<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 37

DATOS CLÍNICOS DE INTERÉS:
FUR / Semana embarazo (sólo hormonas)

PROTOCOLO EXPOSICIÓN ACCIDENTAL A MATERIAL BIOLÓGICO

PACIENTE FUENTE

REMITIR RESULTADOS A MEDICINA PREVENTIVA

ORINA:

Orina reciente

Orina horaria..... horas

Orina 24 horas

Volumen:

TIPO MUESTRA	BIOQUÍMICA	HEMATOLOGÍA	PROTEÍNAS	HORMONAS	HORMONAS	ORINA RECIENTE
<input type="checkbox"/> LCR	<input type="checkbox"/> Glucosa	<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Proteínograma	<input type="checkbox"/> Perfil tiroideo	<input type="checkbox"/> Hb A1c	<input type="checkbox"/> Estudio básico
<input type="checkbox"/> Sinovial	<input type="checkbox"/> Urea	<input type="checkbox"/> VSG	<input type="checkbox"/> Albúmina	<input type="checkbox"/> Perfil suprarrenal	<input type="checkbox"/> PTH	ORINA HORARIA
<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Creatinina	COAGULACIÓN	<input type="checkbox"/> Prealbúmina	<input type="checkbox"/> P.hiperaldosteronismo	<input type="checkbox"/> Enolasa	<input type="checkbox"/> Sodio - Potasio
<input type="checkbox"/> Peritoneal	<input type="checkbox"/> Proteínas totales	<input type="checkbox"/> Coagulación básica	<input type="checkbox"/> Alfa-1-antitripsina	<input type="checkbox"/> P. hiperandrogen. I	<input type="checkbox"/> Gastrina	<input type="checkbox"/> Glucosa
<input type="checkbox"/> Pleural	<input type="checkbox"/> Sodio Potasio	<input type="checkbox"/> Plaquetas	<input type="checkbox"/> Alfa-1-gliprot. ácida	<input type="checkbox"/> P. hiperandrogen. II	<input type="checkbox"/> Calcitonina	<input type="checkbox"/> Calcio
<input type="checkbox"/> Pericárdico	<input type="checkbox"/> Cloro	<input type="checkbox"/> Dimeros D	<input type="checkbox"/> Alfa-2-macroglobulina	<input type="checkbox"/> P. crecimiento	<input type="checkbox"/> Tiroglobulina	<input type="checkbox"/> Fósforo
<input type="checkbox"/> LBA	<input type="checkbox"/> Bilirrubina total (1)		<input type="checkbox"/> Haptoglobina	<input type="checkbox"/> P. amenorrea	<input type="checkbox"/> hCG	<input type="checkbox"/> RTP
<input type="checkbox"/> Pancreático	<input checked="" type="checkbox"/> AST	AUTOINMUNIDAD	<input type="checkbox"/> Ceruloplasmina/ Cobre	<input type="checkbox"/> P. Hipogonadis. mas.		<input type="checkbox"/> Osmolalidad
<input type="checkbox"/> L.Diálisis	<input checked="" type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> Antinucleares (ANA)	<input type="checkbox"/> Proteína C (PCR)	<input type="checkbox"/> TSH	INMUNOLOGÍA	<input type="checkbox"/> Creatinina
<input type="checkbox"/> Bilis	<input type="checkbox"/> CK (2)	<input type="checkbox"/> Anti-DNA	<input type="checkbox"/> Factor reumatoide	<input type="checkbox"/> FT4	<input type="checkbox"/> IgG/IgA/IgM	<input type="checkbox"/> Aclaramiento creat.
<input type="checkbox"/> Heces	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> ENAs	<input type="checkbox"/> ASLO	<input type="checkbox"/> FSH	<input type="checkbox"/> Subclases IgG	<input type="checkbox"/> Urea
	<input type="checkbox"/> Amilasa	<input type="checkbox"/> ANCA	MARC. TUMORAL	<input type="checkbox"/> LH	<input type="checkbox"/> C3/C4	<input type="checkbox"/> Proteínas
	<input type="checkbox"/> Calcio	<input type="checkbox"/> Antimitocondriales /M2	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> Estradiol	<input type="checkbox"/> C1q	<input type="checkbox"/> Magnesio
BIOQUÍMICA	<input type="checkbox"/> Fósforo	<input type="checkbox"/> Anti-músc.liso (ASMA)	<input type="checkbox"/> Alfa-fetoproteína	<input type="checkbox"/> Progesterona	<input type="checkbox"/> Inmunocomplejos C.	<input type="checkbox"/> Amilasa
<input type="checkbox"/> Perfil Básico	<input type="checkbox"/> Acido úrico	<input type="checkbox"/> Antigliadina (IgA,IgG)	<input type="checkbox"/> Perfil digestivo	<input type="checkbox"/> Prolactina	<input type="checkbox"/> C1INH	<input type="checkbox"/> Acido úrico
<input type="checkbox"/> Perfil preoperatorio	<input type="checkbox"/> Colesterol total (3)	<input type="checkbox"/> Antitransglutaminasa (IgA)	<input type="checkbox"/> Perfil ovárico	<input type="checkbox"/> Testosterona	<input type="checkbox"/> CH50	<input type="checkbox"/> Microalbúmina
<input type="checkbox"/> Perfil hepático	<input type="checkbox"/> Triglicéridos	<input type="checkbox"/> Antitiroglobulina	<input type="checkbox"/> Perfil mama	<input type="checkbox"/> SHBG	<input type="checkbox"/> Crioglobulinas	<input type="checkbox"/> Cloro
<input type="checkbox"/> Perfil cardíaco	<input type="checkbox"/> GGT	<input type="checkbox"/> Anti-TPO	<input type="checkbox"/> Perfil próstata	<input type="checkbox"/> Androstendiona	<input type="checkbox"/> VHC: RNA viral	<input type="checkbox"/> Oxalato
<input type="checkbox"/> Perfil pancreático	<input type="checkbox"/> Magnesio	<input type="checkbox"/> TRACK	<input type="checkbox"/> Beta-2-microglobulina	<input type="checkbox"/> 17-OH-progesterona	<input type="checkbox"/> VHC: Genotipo	<input type="checkbox"/> Citrato
<input type="checkbox"/> Perfil férrico	<input type="checkbox"/> Fosfatasa alcalina	<input type="checkbox"/> Anti-IA2 / GAD	<input type="checkbox"/> CYFRA 21-1	<input type="checkbox"/> DHEA-S	<input type="checkbox"/> IgA secretora saliva	<input type="checkbox"/> Porfirinas
<input type="checkbox"/> Perfil nutricional	<input type="checkbox"/> Lactato			<input type="checkbox"/> Cortisol	<input type="checkbox"/> Paraproteínas	<input type="checkbox"/> ALA/PBG
<input type="checkbox"/> P. oncológico infantil	<input type="checkbox"/> Fosfatasa alc. ósea	ALERGIA	HEPATITIS	<input type="checkbox"/> GH	<input type="checkbox"/> Anti-neumococo	<input type="checkbox"/> D-piridinolinas
<input type="checkbox"/> Perfil nefrología	<input type="checkbox"/> Osmolalidad (4)	<input type="checkbox"/> IgE	<input type="checkbox"/> VHA (IgM)	<input type="checkbox"/> IGF-1	<input type="checkbox"/> Anti-E. coli	<input type="checkbox"/> Kappa/Lambda
	<input type="checkbox"/> Colinesterasa		<input checked="" type="checkbox"/> VHB	<input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Linfocit. CD4/CD8	<input type="checkbox"/> Cortisol
PRUEBAS (5)	<input type="checkbox"/> Aldolasa		<input type="checkbox"/> Prevacunación (VHB)	<input type="checkbox"/> Péptido C	<input type="checkbox"/> Linfocitos T/B/NK	<input type="checkbox"/> Catecolaminas
<input type="checkbox"/> Test de O'Sullivan	<input type="checkbox"/> ECA		<input type="checkbox"/> Postvacunación(VHB)	<input type="checkbox"/> Vitamina B12	<input type="checkbox"/> HLA-B27	HECES
<input type="checkbox"/> Curva de glucemia	<input type="checkbox"/> ADA		<input checked="" type="checkbox"/> VHC	<input type="checkbox"/> Acido fólico	<input type="checkbox"/> HLA-A29	<input type="checkbox"/> Sangre oculta
<input type="checkbox"/> C. Glucemia gestac.					<input type="checkbox"/> HLA-B	<input type="checkbox"/> Perfil diarrea

OTRAS DETERMINACIONES (por código del catálogo)

5	2	0	5				

SÓLO CÓDIGOS ORINA

SALAS

General

Oncología

Infantil

P. funcionales

Sala 5

Sala 6

RG 182

Atención: Este documento se procesa mediante un sistema automatizado. Evite errores siguiendo estrictamente las instrucciones.

Para una óptima lectura escriba cuidadosamente evitando tocar los bordes de las casillas. Vea el ejemplo a continuación.....

4	8	6	9
---	---	---	---

Marcas:

Bien	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Vi	Mal	<input type="checkbox"/> Ak	Mal	<input type="checkbox"/> It	Mal	<input type="checkbox"/> Pt	<input type="checkbox"/> 25-1
	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> A		<input type="checkbox"/> A		<input type="checkbox"/> P		<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> 1,2

2046

1 tubo de EDTA (tapón morado de 10 mL)



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE
DEPARTAMENTO 19 Y HOSPITAL DE SAN VICENTE

Sección de Microbiología y Parasitología

Solicitud de Estudio

MICROBIOLOGÍA MOLECULAR

NOMBRE			
N.H.C.			
SIP			
EDAD	SEXO	HOMBRE <input type="checkbox"/>	MUJER <input type="checkbox"/>
SERVICIO		PESO	
PLANTA	CAMA		

Identificación Muestra

Dr./Dra		SERVICIO/CAP/CS
FECHA DE LA TOMA	HORA DE LA TOMA	ESTADÍO EVOLUTIVO DEL PACIENTE VIH
ÚLTIMA CARGA VIRAL	ÚLTIMO RECUENTO CD ₄	
/ml Fecha	CD ₄ /mm ³ Fecha	

Tratamiento Antiviral/Antirretroviral actual	
Antivírico/Antirretroviral	Fecha de inicio (aprox.)

Tipo de muestra				
<input type="checkbox"/> Plasma ¹	<input type="checkbox"/> Suero	<input type="checkbox"/> LCR	<input type="checkbox"/> Sangre Total (EDTA)	<input type="checkbox"/> Médula Ósea
<input type="checkbox"/> Otra				

Datos clínicos de interés	
PROTOCOLO EXPOSICIÓN ACCIDENTAL A MATERIAL BIOLÓGICO PACIENTE FUENTE REMITIR RESULTADOS A MEDICINA PREVENTIVA	

Estudio solicitado	
PCR	
PCR CUANTITATIVA <input checked="" type="checkbox"/> VIH-1 <input type="checkbox"/> VHB <input type="checkbox"/> VHC <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> VEB <input type="checkbox"/> Otros:	SITUACIÓN DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> Determinación Basal <input type="checkbox"/> Control tratamiento: semana nº _____ mes nº _____ <input type="checkbox"/> Fin de Tratamiento <input type="checkbox"/> Control post-Tratamiento: mes nº _____ PCR CUALITATIVA <input type="checkbox"/> Virus Herpes simplex 1 y 2 <input type="checkbox"/> Herpesvirus 6 <input type="checkbox"/> VVZ <input type="checkbox"/> Otros ² :
RESISTENCIAS GENOTÍPICAS VIH ¹ /VHB	
<input type="checkbox"/> Inoculación accidental <input type="checkbox"/> Fracaso Terapéutico <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Naive	
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ANTERIOR ³	
<input type="checkbox"/> Zidovudina (AZT) <input type="checkbox"/> Fosamprenavir (FPV) <input type="checkbox"/> Didanosina (ddl) <input type="checkbox"/> Lopinavir (LPV) <input type="checkbox"/> Lamivudina (3TC) <input type="checkbox"/> Atazanavir (ATV) <input type="checkbox"/> Estavudina (d4T) <input type="checkbox"/> Darunavir (DRV) <input type="checkbox"/> Abacavir (ABC) <input type="checkbox"/> Tripanavir (TPV) <input type="checkbox"/> Emtricitabina (FTC) <input type="checkbox"/> Nevirapina (NVP) <input type="checkbox"/> Tenofovir (TDF) <input type="checkbox"/> Efavirenz (EFV) <input type="checkbox"/> T20 <input type="checkbox"/> Etravirina <input type="checkbox"/> Indinavir (IDV) <input type="checkbox"/> Raltegravir <input type="checkbox"/> Ritonavir (RTV) <input type="checkbox"/> Maraviroc <input type="checkbox"/> Nelfinavir (NFV) <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Saquinavir (SQV)	
TRATAMIENTO ANTI-VHB ANTERIOR ³	
<input type="checkbox"/> Lamivudina <input type="checkbox"/> Interferón <input type="checkbox"/> Adefovir <input type="checkbox"/> Entecavir <input type="checkbox"/> Otro _____	

RG-24/3

¹ MUY IMPORTANTE: La muestra debe recibirse en el Laboratorio de Microbiología en menos de 3 horas desde la extracción. Se necesitan 7-10 ml de sangre entera en tubo de EDTA (tapón violeta)

² Para su remisión a Centros de Referencia. Técnicas de diagnóstico molecular no disponibles actualmente en nuestro laboratorio

³ Administrado más de 16 días.

1 tubo de EDTA (tapón morado de 10 mL)



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE
DEPARTAMENTO 19 Y HOSPITAL DE SAN VICENTE

Sección de Microbiología y Parasitología

Solicitud de Estudio

MICROBIOLOGÍA MOLECULAR

NOMBRE			Identificación Muestra
N.H.C.			
SIP			
EDAD	SEXO HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	PESO	
SERVICIO			
PLANTA	CAMA		

Dr./Dra		SERVICIO/CAP/CS
FECHA DE LA TOMA	HORA DE LA TOMA	ESTADÍO EVOLUTIVO DEL PACIENTE VIH
ÚLTIMA CARGA VIRAL /ml Fecha	ÚLTIMO RECUENTO CD ₄ CD ₄ /mm ³ Fecha	

Tratamiento Antiviral/Antirretroviral actual	
Antivírico/Antirretroviral	Fecha de inicio (aprox.)

Tipo de muestra				
<input type="checkbox"/> Plasma ¹	<input type="checkbox"/> Suero	<input type="checkbox"/> LCR	<input type="checkbox"/> Sangre Total (EDTA)	<input type="checkbox"/> Médula Ósea
<input type="checkbox"/> Otra				

PROTOCOLO EXPOSICIÓN ACCIDENTAL
A MATERIAL BIOLÓGICO

Datos clínicos de interés	
PACIENTE FUENTE	
REMITIR RESULTADOS A MEDICINA PREVENTIVA	

Estudio solicitado	
PCR	RESISTENCIAS GENOTÍPICAS VIH ¹ /VHB
PCR CUANTITATIVA <input type="checkbox"/> VIH-1 <input type="checkbox"/> VHB <input type="checkbox"/> VHC <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> VEB <input type="checkbox"/> Otros:	<input checked="" type="checkbox"/> Inoculación accidental <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Naive <input type="checkbox"/> Fracaso Terapéutico <input type="checkbox"/> Otros:
SITUACIÓN DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> Determinación Basal <input type="checkbox"/> Control tratamiento: semana n° _____ mes n° _____ <input type="checkbox"/> Fin de Tratamiento <input type="checkbox"/> Control post-Tratamiento: mes n° _____	TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ANTERIOR³ <input type="checkbox"/> Zidovudina (AZT) <input type="checkbox"/> Fosamprenavir (FPV) <input type="checkbox"/> Didanosina (ddI) <input type="checkbox"/> Lopinavir (LPV) <input type="checkbox"/> Lamivudina (3TC) <input type="checkbox"/> Atazanavir (ATV) <input type="checkbox"/> Estavudina (d4T) <input type="checkbox"/> Darunavir (DRV) <input type="checkbox"/> Abacavir (ABC) <input type="checkbox"/> Tripanavir (TPV) <input type="checkbox"/> Emtricitabina (FTC) <input type="checkbox"/> Nevirapina (NVP) <input type="checkbox"/> Tenofovir (TDF) <input type="checkbox"/> Efavirenz (EFV) <input type="checkbox"/> T20 <input type="checkbox"/> Etravirina <input type="checkbox"/> Indinavir (IDV) <input type="checkbox"/> Raltegravir <input type="checkbox"/> Ritonavir (RTV) <input type="checkbox"/> Maraviroc <input type="checkbox"/> Nelfinavir (NFV) <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Saquinavir (SQV)
PCR CUALITATIVA <input type="checkbox"/> Virus Herpes simplex 1 y 2 <input type="checkbox"/> Herpesvirus 6 <input type="checkbox"/> VVZ <input type="checkbox"/> Otros ² :	TRATAMIENTO ANTI-VHB ANTERIOR³ <input type="checkbox"/> Lamivudina <input type="checkbox"/> Interferón <input type="checkbox"/> Adefovir <input type="checkbox"/> Entecavir <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Primoinfección <input type="checkbox"/> Gestación <input type="checkbox"/> Control transmisión vertical <input type="checkbox"/> Portador sano <input type="checkbox"/> Sospecha falta adherencia <input type="checkbox"/> Elevación CVP <input type="checkbox"/> Comprobación Fracaso <input type="checkbox"/> Otras situaciones:	

RG-24/3

1 MUY IMPORTANTE: La muestra debe recibirse en el Laboratorio de Microbiología en menos de 3 horas desde la extracción. Se necesitan 7-10 ml de sangre entera en tubo de EDTA (tapón violeta)
 2 Para su remisión a Centros de Referencia. Técnicas de diagnóstico molecular no disponibles actualmente en nuestro laboratorio
 3 Administrado más de 16 días.

PACIENTE EXPUESTO:

- VHB, VHC y VIH.

Necesitamos:

- 1 tubo de bioquímica (tapón amarillo de 10 mL) para VHB y VHC.
- 1 tubo de bioquímica (tapón amarillo de 10 mL) para VIH.

Profilaxis postexposición con antirretrovirales

1. Identificación y descripción del procedimiento

La profilaxis postexposición (PPE) es una forma de prevención secundaria de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-SIDA), consistente en la administración de fármacos antirretrovirales a pacientes o profesionales sanitarios que han sufrido un contacto accidental con sangre o fluidos corporales potencialmente contaminados con el virus. Normalmente, se utiliza una combinación de dos o tres fármacos para alcanzar el máximo de eficacia, durante cuatro semanas consecutivas en toma diaria.

2. Objetivos del procedimiento y beneficios que se espera alcanzar

Su uso está justificado porque la utilización de antirretrovirales en la etapa inicial de la infección podría evitar la replicación del virus y por tanto la infección sistémica. La profilaxis con AZT (Zidovudina), uno de los antirretrovirales utilizados, se ha asociado con una disminución del 80% en el riesgo de seroconversión tras exposición percutánea en trabajadores sanitarios expuestos. También se ha demostrado su utilidad en la transmisión vía sexual y en la vertical de madre a hijo.

En el éxito de la intervención parecen influir diversos factores, además de la susceptibilidad del individuo y de la propia infectividad del virus, como son la cantidad del inoculo, la resistencia a antirretrovirales, la rapidez en la instauración del tratamiento (preferiblemente en las primeras 6 horas tras el accidente) y la duración insuficiente del mismo.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

No existe ninguna alternativa terapéutica eficaz. En caso de rechazar el tratamiento, la actitud sería de vigilancia de posible seroconversión los meses siguientes. En todo caso, esta actividad también se llevará a cabo en aquellos pacientes que acepten tomar el tratamiento.

4. Consecuencias previsibles de su realización

El mayor beneficio potencial de la profilaxis post-exposición con antirretrovirales es el de reducir el riesgo de la persona para adquirir la infección VIH después de la exposición.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

Si no se realiza profilaxis estando indicada, aumenta el riesgo de seroconversión positiva en la persona expuesta.

6. Riesgos frecuentes

Si bien la profilaxis no suele plantear muchos problemas, existe la posibilidad de que usted presente algunos efectos secundarios como son cansancio, molestias gastrointestinales (diarrea, náuseas, dolor abdominal) o alteración de los parámetros hematológicos.

7. Riesgos poco frecuentes

Ocasionalmente, pueden provocar pancreatitis, rash cutáneo, anemia, leucopenia, nefrolitiasis y hepatitis. Se desconocen sus efectos teratogénicos y oncogénicos a largo plazo.

8. Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente

Debe advertir al médico que le prescribe la profilaxis si está embarazada o cree que pudiera estarlo. Así mismo, dado que los antirretrovirales pueden interactuar con otros medicamentos, deberá advertir al médico sobre su consumo.

Profilaxis postexposición con antirretrovirales

9. Declaración de consentimiento

Don/doña de años de edad, con domicilio en
DNI y nº de SIP

Don/doña de años de edad, con domicilio en
de la paciente) en calidad de (representante legal, familiar o allegado
con DNI

Declaro:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi
situación la realización de

y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2

Fdo.: Don / doña DNI

Fdo.: Dr/a DNI

Colegiado nº:

10. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir
el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En a de de 2

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº:



MEDICINA PREVENTIVA

Comunicación Accidente de Trabajo
CAT



AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Hospital Gral. Universitario de Alicante
C.E. Babel - Atención Primaria
Departamento Salud 19

B (Acc. Biológico)

G(Acc. General)

UNIDAD PERIFÉRICA N.º:

N.º Acc.:

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos 1.º

NIF:

Fecha de nacimiento:

Apellidos 2.º

Teléfono de contacto:

Nº Seg. Social:

Nombre:

N.º SIP:

Sexo: V M

DATOS DEL PUESTO

Centro:

CATEGORÍA

Servicio:

ANTIGÜEDAD PUESTO ACTUAL		SITUACIÓN ACTUAL	
Hasta 1 mes (indicar n.º días)		Eventual	
Más de 1 mes (indicar n.º meses)		Interino	
		Fijo	
		Otros	

DATOS DEL SUCESO

Lugar del accidente:

"In itinere" C/. N.º Localidad:

Fecha Accidente/Incidente: Hora del día (1 a 24): Hora trabajo (1ª, 2ª, etc):

Descripción del Accidente/ Incidente: (de acuerdo con las declaraciones del trabajador accidentado):

Forma de Contacto:

Parte del Cuerpo Lesionada:

Descripción de la Lesión:

Nombre del mando directo:

Testigo/s:

Código n.º:

Código n.º:

Código n.º:

Teléfono:

Teléfono/s:

LUGAR	
En el Centro o lugar de trabajo habitual	
En otro Centro o lugar de trabajo	
En desplazamiento en su jornada laboral	
Al ir o al volver del trabajo, " In itinere "	
Además, marcar si ha sido accidente de tráfico	

	Sí	No
Tarea habitual		
¿Ha afectado el accidente a más trabajadores?		
¿Se ha realizado evaluación de riesgos?		

Firma del mando directo

Alicante, a ____ de ____ de 2.0____

Los campos sombreados serán cumplimentados en la Unidad Periférica de Riesgos Laborales

1 - Para remitir a la Unidad Periférica de Riesgos Laborales. N.º 2 (Sector SEGURIDAD)