



## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EXPOSICIONES A MATERIAL BIOLÓGICO Actualización: Febrero 2023

## 1. ACTUACIÓN INMEDIATA TRAS LA EXPOSICIÓN

## 1.1. 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.

#### 1.2. SALPICADURA DE SANGRE O FLUIDOS:

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

## 1.3. CONTACTOS SEXUALES DE RIESGO:

- Realizar prueba de embrazo.
- Prescribir profilaxis antibiótica para ITS en una dosis única:
  - **Mujeres:** Ceftriaxona 500 mg (i.m.) + Tinidazol 2 g (v.o.) + Azitromicina 1 g (v.o.)
  - Varones: Ceftriaxona 500 mg (i.m.) + Azitromicina 1 g (v.o.) o Cefixima 400 mg (v.o.).
  - En alérgicos a penicilina o a cefalosporinas: azitromicina 2g (vo)+ tinidazol 2g vo
- Consultar con ginecología en caso necesario.
- Seguimiento de otros protocolos específicos: Protocolo Agresión Sexual (ver anexo 1).

## 2. EVALUACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LA EXPOSICIÓN

## 2.1. FLUIDOS CORPORALES QUE PUEDEN TRANSMITIR VIRUS HEPATITIS B (VHB), VIRUS HEPATITIS C (VHC) O VIH:

Fluidos infectados con alto riesgo de transmisión	Fluidos infectados con riesgo intermedio de transmisión	Fluidos usualmente no infectados (mientras no llevan sangre)
Sangre o fluidos que contengan sangre	Semen. Secreciones vaginales. LCR. Líquido pleural. Líquido peritoneal. Líquido pericárdico. Líquido amniótico. Leche humana. Tejido corporal. Liquido sinovial	Saliva <sup>(1).</sup> Orina. Heces (incluida diarrea). Lágrimas. Sudor. Vómito. Secreción nasal. Esputo
(1) Se considera de riesgo intermedio para la transmisión de hepatitis B		

#### 2.2. 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	Riesgo bajo-intermedio	
(dermatitis, abrasión, laceración, herida abierta)		
Herida cutánea con sangrado en la fuente y el recipiente	Riesgo alto	
Exposición percutánea		
Arañazo superficial con un objeto afilado incluidas las	Riesgo no identificado	
agujas encontradas en la calle		
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	Riesgo alto	
visible o con aguja recientemente usada		
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	

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 o arteria y procede de un paciente con infección por VIH, en situación de infección no controlada.

## 2.3. 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.

## 2.4. PRESENCIA O AUSENCIA DE INFECCION EN LA PERSONA FUENTE:

Se consideran de alto riesgo:

- Presencia de HbsAg y/o HbeAg.
- Presencia de anticuerpos contra el VHC.
- Presencia de anticuerpos contra el VIH y carga viral plasmática detectable.
- 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 o VIH.
  - Historia de uso de drogas por vía parenteral.
  - Presencia de tatuajes o piercings.
  - Antecedente de haber recibido sangre o productos sanguíneos (antes de 1987 para VIH y antes de 1990 para VHC).
  - Hemodiálisis (para VHC).

# 3. ANALÍTICAS QUE REALIZAREMOS AL PERSONA FUENTE Y A ALA PERSONA EXPUESTA A MATERIAL BIOLÓGICO

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).

#### **3.1. DE LUNES A VIERNES,** de 8:00 a 15:00 horas:

PERSONA EXPUESTA: debe acudir al Servicio de Medicina Preventiva.

## PERSONA 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 M. Preventiva.
- Si está siendo atendido en Consultas Externas: acudir a M. Preventiva.

#### 3.2. DE LUNES A VIERNES (de 15:00 a 8:00 del dia siguiente), sábados y festivos:

PERSONA EXPUESTA debe acudir al Servicio de Urgencias Hospitalarias.

## • PERSONA 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 planta de Hospitalización: se realizarán las extracciones en dicha planta. Las peticiones las realizará 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.

### 3.3. ANALITICAS QUE SE LE SOLICITAN A LA PERSONA FUENTE:

- Marcadores de función hepática (GOT/AST, GPT/ALT).
- Serología de hepatitis B (HBsAg, HBcAc, HBeAg).
- Serología de hepatitis C (anti-VHC). **Si la persona fuente es hepatitis C positivo conocido:** solicitar además carga viral y genotipo.
- Serología de VIH (anti-VIH). Si la pesonafuente es VIH positivo conocido: solicitar además CVP-VIH-1 (carga viral) y test de resistencias de VIH-1. Contactar con Microbiología para que se tramiten de forma preferente.
- Para ello se necesitan 2 tubos de bioquímica de 5 ml y 2 tubos EDTA de 10 ml.

### 3.4. ANALITICAS QUE SE LE SOLICITAN A LA PERSONA EXPUESTA:

- Hemograma, bioquímica general.
- Marcadores de función hepática (GOT/AST, GPT/ALT).
- Serología de hepatitis B (HBsAg, HBsAc, HBcAc).
- Serología de hepatitis C (anti-VHC).
- Serología de VIH (anti-VIH) y CVP-VIH-1 (carga viral).
- Serología de sífilis (RPR) en casos de exposición sexual de riesgo.

Para ello se necesitan 2 tubos de bioquímica de 5 ml y 1 tubo EDTA de 10 ml y 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 de la persona para que sean remitidos al Laboratorio General el primer día laborable.

## 4. ACTITUD POSTEXPOSICIÓN CON RIESGO DE HEPATITIS B

Situación vacunal y	Persona fuente	Persona fuente
título de anticuerpos de	HbsAg negativo	HbsAg positivo
la persona expuesta		o HbsAg desconocido
No vacunado o	Vacunación (iniciarla o	1 dosis de IGHB (3) y vacunación
vacunación incompleta	completar hasta 3 dosis) (4)	(iniciarla o completar hasta 3 dosis) (4)
Vacunación completa y	Inmunizado: no precisa	Inmunizado: no precisa profilaxis
HBsAc >10 U/L	profilaxis postexposición	postexposición
	Si lleva 1 pauta de	Si lleva 1 pauta de vacunación,
	vacunación, administrar 1	administrar 1 dosis de IGHB (3) y
Vacunación completa	dosis adicional de vacuna (5)	completar 2.ª pauta de vacunación (4)
pero no inmunizado	Si lleva 2 pautas de	Si lleva 2 pautas de vacunación,
(HBsAc ≤10 U/L)	vacunación, no precisa	administrar IGHB (2 dosis separadas 1
	ninguna intervención	mes) (3)

<sup>(1)</sup> Exposición percutánea, mucosa o piel no íntegra a sangre, fluidos o tejidos corporales con sangre visible, otros fluidos corporales potencialmente infecciosos (secreciones vaginales, semen y líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, pericárdico, peritoneal y amniótico) y muestras de laboratorio que contienen virus, exposición sexual y víctima de asalto o abuso sexual.

(2) Lo más rápido posible para no retrasar el inicio de la profilaxis.

Si se detecta infección en la persona expuesta, se le remitirá a la Unidad de Enfermedades Infecciosas o a Medicina Digestiva para su valoración y tratamiento que proceda.

## 5. ACTITUD POSTEXPOSICIÓN CON RIESGO DE HEPATITIS C

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

El seguimiento serológico, cuando la serología del paciente fuente es positivo o desconocido, se realiza de la siguiente manera: se solicita anti-VHC al paciente expuesto, y

- <u>Si el paciente resulta anti-VHC negativo:</u> se le solicitará carga viral de hepatitis C al menos 3 semanas después; si ésta fuera indetectable se le finalizará el seguimiento.
- Si el paciente es anti-VHC positivo: se le solicitará carga viral de hepatitis C: si es indetectable se volverá a determinar al menos 3 semanas después, y si vuelve a ser indetectable se le finalizará el seguimiento.

Si se detecta infección en la persona expuesta, se le remitirá a la Unidad de Enfermedades Infecciosas o a Medicina Digestiva para su valoración y tratamiento que proceda.

## 6. ACTITUD POSTEXPOSICIÓN CON RIESGO DE VIH

<sup>(3)</sup> IGHB: Inmunoglobulina de la Hepatitis B; Dosis de 0.06 ml/kg (12-20 Ul/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.

<sup>(4)</sup> La dosis de vacuna se debe de administrar lo antes posible después de la exposición, preferiblemente en la primeras 24 horas. Se puede administrar simultáneamente con la IGHB en sitios separados (la vacuna siempre en el músculo deltoides).
(5) Repetir anti-HBs 1-2 meses después. Si <10, completar otra serie de vacunación.</p>

Se debe valorar el riesgo de transmisión según las tablas 6.1 y 6.2 para recomendar la profilaxis farmacológica postexposición a VIH (PPE-VIH). Si se detecta infección en la persona expuesta, se le remitirá a la UEI para valoración y tratamiento que proceda.

Tabla 6.1. Recomendaciones generales para PPE ocupacional frente al VIH

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

<sup>(1)</sup> 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)

Tabla 6.2. Condiciones que debe cumplir una exposición no ocupacional para considerar el empleo de PPE-VIH

Fuente	Infección por VIH conocida, o desconocida con factores de riesgo (1)		
Tipo de exposición	Infección por VIH conocida, o desconocida con factores de riesgo (1)  - Exposición percutánea (pinchazo, corte), exposición mucosa, o exposición cutánea con piel no intacta (dermatitis, abrasiones)  - 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)  Menos de 72 horas		
Tiempo transcurrido desde la exposición	Menos de 72 horas		

<sup>(1)</sup> 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.

#### 6.1. PROFILAXIS POST-EXPOSICION A VIH:

- Iniciar PPE-VIH tan pronto como sea posible, preferiblemente entre las 2-6 horas post-exposición. Siempre antes de las 72 horas, yaque transcurrido este tiempo, la administración de la profilaxis es considerada ineficaz.

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

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(2)</sup> Debe recomendarse profilaxis.

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

- Administrar PPE-VIH durante cuatro semanas (28 días).
- Antes de la administración de PPE-VIH 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.

#### 6.2. TRATAMIENTO A ADMINISTRAR DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS:

1. Pauta de elección adultos y niños >12 años o ≥ 25 Kg de peso (incluyendo embarazo): BIKTARVY® (bictegravir 50 mg, emtricitabina 200 mg y tenofovir alafenamida 25 mg), 1 comprimido cada 24 horas (con o sin alimentos).

Se remitirá al paciente a la Unidad de Enfermedades Infecciosas en caso de:

Insuficiencia renal grave (FG<30 ml/mL).

Fuente de la exposición con infección por VIH conocida.

Gestante

2. Pauta de elección niños ≤ 12 años o < 25 Kg de peso (ver Anexo II para consultar las dosis):

De 1 mes a 2 años: Raltegravir (RAL) + Zidovudina (AZT) + Lamivudinia (3TC) De 2 a 12 años: Raltegravir (RAL) + Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) ó Raltegravir (RAL) + Tenofovir (TDF) + Emtricitabina (FTC).

En caso de insuficiencia renal: (AZT/3TC) + (RAL)

Se entregará a la persona expuesta la medicación necesaria (más uno, por si vomitara o perdiera algún comprimido) hasta el siguiente día hábil, que es cuando será valorado por el Servicio de Medicina Preventiva.

En la prescripción se indicarán todos los medicamentos que recibe la persona para que el farmacéutico valore posibles interacciones farmacológicas con significación clínica y lo comunique al médico prescriptor.

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

## 7. REALIZAR LA COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO (CAT)

Si la persona expuesta a fluido biológico lo es con motivo de su actividad laboral y se trata de un trabajador del Departamento de Salud Alicante-Hospital General, debe cumplimentar el formulario de **C**omunicación de **A**ccidente de **T**rabajo en el caso de accidente si es un trabajador del Departamento de Salud Alicante-Hospital General, disponible en la intranet: <a href="https://alicante.san.gva.es/documents/4450974/9389520/accidente+trabajo.pdf">https://alicante.san.gva.es/documents/4450974/9389520/accidente+trabajo.pdf</a>.

Lo debe cumplimentar:

- 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 la persona expuesta es enfermero, auxiliar o técnico: supervisor de guardia.
    - Si la persona expuesta es celador: jefe de turno.

Con el formulario rellenado, el trabajador expuesto debe acudir al Departamento de Personal (2ª 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 guedará 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.

## 8. **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.

## 9. REALIZAR SEGUIMIENTO POSTERIOR

Se realizará en el Servicio de Medicina Preventiva, adonde la persona expuesta acudirá el primer día laborable posterior a la exposición.

## 9.1. Exposiciones al VHB:

- Realizar extracción para conocer situación serológica basal respecto a hepatitis
   B, y en la misma determinar transaminasas. 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.
- Si se detecta infección en el paciente expuesto, se le remitirá a la Unidad de Enfermedades Infecciosas o a Medicina Digestiva para su valoración y tratamiento que proceda.

#### 9.2. Exposiciones al VHC:

- Realizar extracción para conocer situación serológica basal respecto a hepatitis
   C, y en la misma determinar transaminasas.
- El seguimiento serológico, cuando la serología del paciente fuente es positivo o desconocido, se realiza de la siguiente manera:
  - o se solicita anti-VHC al paciente expuesto, y:
  - o si el paciente es anti-VHC negativo se le solicitará carga viral al menos 3 semanas después; si es indetectable se dará el alta;
  - o si el paciente es anti-VHC positivo se le solicitará carga viral; si es indetectable se volverá a determinar al menos 3 semanas después, y si vuelve a ser indetectable se dará el alta.
- Si se detecta infección en el paciente expuesto, se le remitirá a la Unidad de Enfermedades Infecciosas o a Medicina Digestiva para su valoración y tratamiento que proceda.

## 9.3. Exposiciones al VIH:

- a) Si la persona fuente es VIH negativo, un resultado negativo del paciente expuesto en la prueba de cribado excluye la infección por VIH (salvo exposición reciente a la infección y/o primoinfección) y permite finalizar el seguimiento de la exposición de riesgo.
- b) Si la persona fuente es VIH positivo o se desconoce su serología, además de valorarse la necesidad de PPE-VIH en el paciente expuesto (ver apartado correspondiente del protocolo) se realizarán las siguientes actuaciones:
  - Realizar serología basal (cribado VIH), y si el resultado es <u>positivo</u> (en cuyo caso la prueba precisa confirmación) el paciente será derivado a la Unidad de Enfermedades Infecciosas para valoración.
  - Realizar serología basal (cribado VIH), y si el resultado es <u>negativo</u> se realizará seguimiento serológico hasta que se considere que no existe infección por VIH, de la siguiente manera:
    - <u>Cuando la exposición es de riesgo bajo y no precisa PPE-VIH</u>, si el ELISA es negativo 6 semanas después de la exposición.
    - <u>Cuando precisa PPE-VIH y el paciente expuesto la ha completado</u>, se solicitará serología basal en la primera atención médica, y se repetirá al mes y a los 3 meses de haber completado la PPE-VIH. Se dará el alta del seguimiento cuando se disponga de un resultado negativo del test ELISA 3 meses después de haber completado PPE-VIH (o, lo que es lo mismo, 4 meses después de la exposición de riesgo).
    - <u>Cuando precisa PPE-VIH pero el paciente expuesto no la ha finalizado</u>, se completará el seguimiento serológico con determinaciones serológicas hasta 6 meses después de la exposición de riesgo.
    - El seguimiento serológico de VIH de un paciente que seroconvierte a hepatitis
       C tras haber sufrido exposición accidental a paciente coinfectado por hepatitis
       C y VIH, debe prolongarse hasta 12 meses tras la exposición.
    - Si durante el seguimiento se detecta seroconversión (prueba de cribado positiva a VIH, resultado que precisa confirmación), el paciente será derivado a la Unidad de Enfermedades Infecciosas para valoración.

## ANEXO 1 - PROTOCOLO DE MANEJO DE LA AGRESIÓN SEXUAL EN URGENCIAS DE GINECOLOGIA

Explicar que la posibilidad de embarazo en el contexto de agresión sexual es muy baja. 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).

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NO URGENTES:

INICIALES (habitualmente en presencia de M. Forense que suele modificar):

- Gs y Rh de la paciente
- Test de Gestación
- Citología cérvico-vaginal
- Toma de muestra cérvico-vaginal: cultivo y PCR de Chlamydia y Gonococo.
- Serología Sífilis, VHB, VHC y VIH
- Determinación de tóxicos

A LOS 10 DIAS (puede realizarse por su médico de Atención Primaria):

- Valoración de la evolución de las lesiones físicas genitales
- Evaluación estado psicológico (por personal especializado)
- Si Gonococo, Chlamydia negativos, pueden repetirse tomas de canal endocervical.
- Es aconsejable repetir Test de Gestación a los 10 días.

### **ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA:**

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

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

#### **Profilaxis antirretroviral**

- 3. Seguir lo establecido en el punto 6.2. con la excepción de mujeres embarazadas, en cuya caso se administrará la siguiente pauta: BIKTARVY® (bictegravir 50 mg, emtricitabina 200 mg y tenofovir alafenamida 25 mg), 1 comprimido cada 24 horas (con o sin alimentos).
- En el Servicio de Urgencias de ginecología, no se realizarán consideraciones sobre el régimen de PPE a administrar, se recomendará la pauta de urgencia expuesta.
- Remitir al paciente a M. Preventiva. Acudirá el primer día laborable posterior a la exposición.

#### **Otras profilaxis**

- a) Profilaxis frente a gonococia, clamidaisis y tricomoniasis:
- Ceftriaxona 500 mg (im) dosis+ azitromicina 1g vía oral+ tinidazol 2g vía oral (o metronidazol 2g). Todos administrados en dosis única.
  - Alérgicos a beta-lactámicos: azitromicina 2g vía oral más tinidazol 2g
- Gestantes: azitromicina 2 g más metronidazol 2g. Dosis única ambos. Evitar metronidazol durante primer trimestre.
- b) Otras ITS: no hay recomendaciones en realizar profilaxis en el contexto de agresión sexual.

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

Emtricitabina (Emtriva): solución (10 mg/ml), cápsulas de 200 mg		
	Solución oral: 6 mg/kg/24 h <i>(dosis máxima 240 mg cada 24 h)</i> Cápsulas (para niños de > 33 kg): 200 mg cada 24 h	

	Lamivudina (3TC) (Epivir): solución oral 10 mg/ml, comprimidos 150, 300 mg		
Niños 1 mes – 12 años 4 mg/kg/12 h (dosis máxima 150 mg)		4 mg/kg/12 h (dosis máxima 150 mg)	
Niños > 12 años y > 30 kg			

Tonofovir (Virgad): comprimidos do 123 163 204 245 may Virgad 23 mala gránulos para susponsián oral

Niños 2-12 años	6,5 mg/kg de tenofovir/24 h Dosificación de Viread en g	` '	TDF)
	Peso corporal (kg)	Una vez al día Cacitos de gránulos	Dosis total (mg) de tenofovir disoproxilo
	10 a < 12	2	65
	12 a < 14	2,5	82
	14 a < 17	3	98
	17 a < 19	3,5	114
	19 a < 22	4	131
	22 a < 24	4,5	147
	24 a < 27	5	163
	27 a < 29	5,5	180
	29 a < 32	6	196
	32 a < 34	6,5	212
	34 a < 35	7	229
	≥ 35	7,5	245
	Disponible en comprimidos 17 kg y < 22 kg: 1: 22 kg y < 28 kg: 1: 28 kg y < 35 kg: 2:	23 mg / 24 h 63 mg / 24 h	a < 12 años)
N::: > 40 -:	<u> </u>		<b>-</b>
Niños > 12 años	245 mg de tenofovir/24 h (equivale a 300 mg de TDF)		

Zidovudina (AZT): solución oral 10 mg/ml		
4 a 9 kg	24 mg/kg/día cada 12 h	
> 9 a < 30 kg	18 mg/kg/día cada 12 h	

Raltegravir (RAL) (Isentress) comprimidos masticables 25 mg, 100 mg, gránulos para suspensión oral y comprimidos de 400 mg.		
> 1 mes – 12 años	Dosificación en granulados en sobres para la solución oral  Peso corporal Volumen (dosis) de suspensión a administrar	
	(kg)	
	3 a menos de 4	2,5 ml (25 mg) dos veces al día
	4 a menos de 6	3 ml (30 mg) dos veces al día
	6 a menos de 8	4 ml (40 mg) dos veces al día
	8 a menos de 11	6 ml (60 mg) dos veces al día
	11 a menos de 14 <sup>†</sup>	8 ml (80 mg) dos veces al día
	14 a menos de 20 <sup>†</sup>	10 ml (100 mg) dos veces al día
	Comprimidos masticables (25 mg o 100 mg) niños > 20 kg: 20 a > 28 kg: 150 mg/12 h (1,5 comp de 100 mg/12 h 28 a < 40 kg: 200 mg/12 h (2 comp de 100 mg/12 h) > 40 kg y < 12 años: 300 mg/12 h (3 comp de 100 m	
> 12 años	400 mg (comprimidos no masticables) cada 12 h	