

CUIDADOS DEL PERSONAL DE LA SALUD

Dra. Liliانا D. Stern Gelman
Agosto 2017

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la OMS, la Salud Ocupacional es una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo. Además procura generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo realzando el bienestar físico mental y social de los trabajadores y respaldar el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo.

En Estados Unidos se estima que más de 8 millones de personas trabajan como profesionales de la salud y alrededor de 6 millones lo hacen en más de 6000 hospitales.

Actualmente se ha incrementado la tendencia a cuidar la salud fuera del ámbito hospitalario, a través de la internación domiciliaria, el hospital de día, los centros de atención de pacientes ambulatorios ya sea para consultas clínicas, emergencias o cirugías ambulatorias, entre otros. Tanto el personal que trabaja en instituciones, como aquél que realiza la atención de pacientes fuera de los hospitales, puede transmitir infecciones a los pacientes o adquirirlas ya sea de ellos, de otros miembros de la familia o de otros contactos de la comunidad.

El término *“cuidado de la salud del personal”* se refiere al cuidado de todo agente que trabaje en el contexto del cuidado de la salud y que, por consiguiente, tiene un riesgo potencial de exposición a materiales infecciosos, incluyendo fluidos corporales, equipos y ambientes contaminados.

Este personal está comprendido por profesionales que trabajan en áreas de cuidados críticos, salas de emergencias, laboratorios, visceradores, patólogos, odontólogos, enfermeros, médicos, residentes, estudiantes, instrumentadores, farmacéuticos, técnicos, kinesiólogos y cualquier persona que, sin estar relacionada con el cuidado del paciente, pueda estar expuesta (por ejemplo, dietistas, mucamas, personal de mantenimiento, voluntarios, sacerdotes, etc.).

En general, el personal que trabaja dentro o fuera del hospital y que tiene contacto con pacientes y/o fluidos corporales tiene más alto riesgo de adquirir o transmitir enfermedades que aquéllos que tienen contactos ocasionales con los pacientes y el ambiente (camas, muebles, baños, equipamiento médico, etc.).

El tipo de transmisión se produce por:

- **Contacto directo** (*persona-persona*).
- **Contacto indirecto** (*por objetos contaminados*).
- **Gotas o “droplets”** (provenientes de la mucosa nasal, oral o conjuntival a través de la tos, los estornudos, al hablar o en algunos procedimientos, como en una broncoscopia, y que requieren una distancia corta).
- **Aire** (los microorganismos pueden quedar suspendidos en el aire por períodos más prolongados y contaminar comida, agua, medicamentos, dispositivos, equipos, etc.).

El objetivo del control de las infecciones en el personal de la salud debe ser parte integral de la organización de los programas de control de infecciones.

Este objetivo, generalmente, incluye:

Educación del personal.

Colaboración con el equipo de control de infecciones, para realizar la investigación, el monitoreo y la vigilancia de potenciales exposiciones a infecciones o brotes.

Cuidado necesario del personal que trabaja en contacto con enfermedades o expuesto a ellas.

Identificación del riesgo de las infecciones relacionadas con las tareas desempeñadas e

implementación de las medidas preventivas apropiadas.

Estos objetivos no pueden ponerse en práctica sin la concientización y ayuda de los responsables de la administración del sistema de salud, médicos, enfermeras y de todo el personal involucrado; mediante un adecuado programa de control de infecciones.(PCI)

La organización de un servicio de salud para el personal debe ser proporcional a la magnitud de la institución, la cantidad de empleados y las prestaciones que ofrece dicha institución. Para que

todo el personal, reciba la misma calidad de atención, en lo que a cuidados laborales se refiere, deberá efectuarse un acuerdo de antemano y contractualmente.

El personal con entrenamiento especializado y calificado en salud ocupacional puede ayudar, trabajando para proveer una mejor calidad de prestación.

INMUNIZACIÓN DEL PERSONAL DE LA SALUD

	ESQUEMA	INDICACIÓN	PRECAUCIÓN	OBSERVACIONES Y CATEGORÍA DE RECOMENDACIÓN
HEPATITIS B	3 dosis: 1-2-6 meses. Intramuscular (IM) en deltoides. Refuerzo: NO.	Para todo el personal relacionado al cuidado de la salud. (Ley 24151).	Respuesta deseable: Ac en 1-2 meses luego de la vacunación.	(IA)
INFLUEN-ZA	1 dosis anual. IM	Para todo el personal relacionado al cuidado de la salud	Anafilaxia al huevo.	(IB)
SARAMPIÓN (virus vivos)	2 dosis: 1-2 meses; subcutánea (SCT).	Sin inmunidad (especialmente a los nacidos luego de 1957).	No dar: Embarazadas , HIC. Anafilaxia (neomicina). Uso reciente de IG.	MMR de elección. (IA)
PAPERAS (virus vivos)	1 dosis SCT.	Sin inmunidad (especialmente a los nacidos luego de 1957).	No dar: Embarazadas , HIC. Anafilaxia (neomicina).	MMR de elección. (IB)
RUBÉOLA (virus vivos)	1 dosis SCT.	Ídem anterior.	No dar: Embarazadas , HIC. Anafilaxia (neomicina).	MMR de elección. Evitar embarazo por 3 meses. (IA)
VARICELA (virus vivos)	2 dosis de 0.5 ml: 1-2 meses, SCT.	Susceptibles.	No dar: Embarazadas , HIC. Anafilaxia (neomicina). Evitar salicilatos por 6 semanas.	Test serológico pre-vacunación (costo efectivo). (IA)
HEPATITIS A	2 dosis: 1-6 meses.	No de rutina. Personal de laboratorio	Antecedentes de anafilaxia.	Post-exposición (72 horas).
DOBLE BACTERIANA (DTa: difteria+tétanos de adulto) que puede ser reemplazada, por lo menos una vez en la vida, por la triple acelular (Dtpa:difteria, tétanos, pertussis)	1 dosis cada 10 años	Para el personal y población general (con plan previo completo).	Antecedentes de anafilaxia.	Post-exposición, evaluar riesgo de la herida y tiempo de la última dosis.

Triple viral

Se consideran inmunes a:

- ✓ Adultos que hayan recibido por lo menos 2 dosis de vacuna triple viral o 1 dosis de vacuna triple viral + 1 dosis de vacuna doble viral.
- ✓ Adultos que tengan inmunidad documentada por serología.
- ✓ Adultos mayores de 45 años. El intervalo entre 2 dosis de vacunas a virus vivos atenuados (ej. triple viral, doble viral) es de 1 mes. La vacuna está contraindicada en personal inmunosuprimido y embarazadas. Se sugiere evitar el embarazo por un mes, si bien no existen registros de complicaciones debidas a los virus de la vacuna.

Manejo ante la exposición: No existen medidas efectivas postexposición para rubéola y parotiditis. Para los susceptibles expuestos a sarampión se puede utilizar la vacuna doble viral dentro de las 72 horas (o inmunoglobulina estándar dentro de los 6 días posteriores a la exposición). La inmunoglobulina está indicada en contactos susceptibles de un caso con sarampión, inmunocomprometidos y embarazadas, por el alto riesgo de complicaciones. La dosis recomendada es de 0,25 ml/kg (máxima 15 ml), administrada por vía intramuscular. En el huésped inmunocomprometido la dosis de inmunoglobulina es de 0,5 ml/kg (máximo 15 ml)

Varicela

Vacuna antivariela El virus de varicela-zóster causa dos enfermedades: varicela y herpes zóster. A pesar de que la enfermedad es leve en los niños, la morbimortalidad es elevada en adultos, neonatos e inmunosuprimidos. Cuando la infección se contrae en la primera mitad del embarazo puede causar el síndrome de varicela congénita. El personal que recibió dos dosis de vacuna o tiene el antecedente de haber padecido la enfermedad, se considera inmune. Aquellos que no recibieron vacuna o no tienen historia previa de varicela deberían realizarse la serología específica (Ig anti VZV). Si el resultado es negativo es susceptible, por lo que deberá recibir dos dosis de vacuna con un mes de intervalo. En caso de duda respecto a haber padecido la enfermedad y no exista posibilidad de realizar la serología, se debe indicar la vacuna. La vacuna está contraindicada en embarazadas y personal inmunosuprimido.

Manejo ante la exposición: Traslado del trabajador susceptible a un sector con pacientes de bajo riesgo entre los días 10-21 posteriores al contacto.

- ✓ Personal susceptible inmunocompetente: vacunación dentro de las primeras 72 horas postexposición. No existe certeza de efectividad pasados 5 días o más. En caso de no disponer de la vacuna puede indicarse aciclovir 4 gr/día por vía oral dividido en 5 tomas (800 mg 5 veces /día) durante cinco días, comenzando entre el séptimo y el noveno día postexposición.
- ✓ Personal susceptible inmunocomprometido: inmunoglobulina específica 0,5-1ml/kg endovenosa (EV) dentro de las 96 horas del contacto. Si no se dispone de inmunoglobulina, se puede indicar aciclovir igual que en el inmunocompetente.
- ✓ Embarazada: inmunoglobulina específica 0,5-1ml/kg endovenosa dentro de las 96 horas del contacto. Se puede utilizar como alternativa la gammaglobulina endovenosa inespecífica endovenosa (IGEV), a dosis de 400 mg/kg.

Vacuna Hepatitis B

La exposición a agentes transmitidos por sangre y fluidos contaminados con el virus de la hepatitis B, es de riesgo elevado en el personal de salud. Aunque existen más de 20 enfermedades que pueden ser transmitidas de esta forma, los agentes más importantes son hepatitis B, hepatitis C y VIH. La hepatitis B es la infección que se adquiere por esta vía con mayor frecuencia debido a que el virus es relativamente estable en el medio ambiente (puede sobrevivir hasta una semana fuera del organismo). El riesgo de transmisión es alto (6-30 % por

lesión percutánea) y los pacientes pueden estar infectados sin que sea evidente. Debido a la implementación de los programas de capacitación del personal para el uso de precauciones estándar (que implica el uso de técnica y protección adecuadas como guantes, antiparras, etc., para la realización de procedimientos en todos los pacientes), la institución de la vacuna en forma obligatoria para el personal de salud (ley N° 24.151) y el empleo de elementos más seguros, actualmente se observa una disminución en el número de trabajadores de la salud afectados. La vacuna es efectiva, segura y obligatoria en todo el equipo de salud. Su eficacia es de 95-99 % con tres dosis, que deben ser aplicadas con un esquema de dos dosis separadas por un mes y un refuerzo al sexto (0-1-6 meses). Uno o dos meses después de finalizada la vacunación el personal de salud debe realizarse el control a través de la cuantificación de anticuerpos antiHBs para evaluar la respuesta considerándose protectores 10 mUI/ml o más. Si el trabajador de la salud es respondedor y teniendo en cuenta que la vacuna confiere inmunidad humoral y celular, no es necesario revacunar ni realizar nuevas serologías. Manejo ante la exposición: Luego de una exposición a sangre u otro fluido potencialmente contaminado se debe analizar la sangre de la fuente para evaluar infección por hepatitis B, hepatitis C y VIH. Ante un accidente laboral con fuente positiva o de muy alto riesgo para hepatitis B y el personal expuesto no está adecuadamente protegido y/o es un no respondedor, deberá recibir gammaglobulina específica. La dosis de IgHB es de 0,06 ml/kg, y debe ser aplicada dentro de las 72 horas del contacto. La gamaglobulina aplicada simultáneamente con la vacuna (en diferentes sitios) no disminuye la eficacia de esta última.-

Vacuna antigripal

Tanto los médicos y enfermeras como aquellos que tienen contacto con grupos de alto riesgo en hospitales, geriátricos, entidades de cuidados crónicos o cuidados domiciliarios deben vacunarse con antigripal antes del inicio de la temporada otoñal. Indicación de la vacuna: La vacuna antigripal trivalente (dos cepas de virus influenza A y una cepa de influenza B) está preparada con las cepas estimadas prevalentes en la próxima época invernal según lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud para el Cono Sur. Está indicada su aplicación anualmente en otoño en el personal de salud para disminuir la posibilidad de transmisión de la enfermedad a los pacientes que tienen mayor riesgo de complicaciones. También se recomienda la vacunación durante el otoño para aquellas mujeres embarazadas que tendrán más de 14 semanas de gestación o que se encontrarán en el puerperio temprano durante la temporada de la gripe (de mayo a octubre).

MANEJO DE LAS ENFERMEDADES LABORALES Y EXPOSICIONES A ENFERMEDADES INFECCIOSAS, INCLUYENDO RESTRICCIONES DE LAS TAREAS DEL PERSONAL INFECTADO O EXPUESTO.

Ante la exposición a un paciente con Hepatitis A o Varicela debe administrarse la vacuna en un lapso menor o igual a 72 horas.

Las tasas de transmisión de un paciente al personal son:

Altas para varicela, conjuntivitis viral y sarampión.

Intermedias para paperas, influenza, coqueluche (*pertussis*), virus sincitial respiratorio (VSR), rotavirus, rubéola y parvovirus.

Bajas para TBC, sífilis, hepatitis y escabiosis.

Excepcional para meningococo.

Enfermedades transmitidas por contacto con sangre y/o fluidos

Riesgo y fundamentos

El riesgo de transmisión de VIH, virus de la hepatitis C (VHC) y virus de la hepatitis B (VHB) en una exposición ocupacional existe, y difiere en función al fluido al que se exponga el profesional. Para el VIH, estudios prospectivos realizados en trabajadores sanitarios han

estimado el riesgo medio de transmisión después de una exposición percutánea a sangre en un 0,3% (IC 95%: 0,2-0,5%).

El riesgo de transmisión después de una exposición a otros fluidos o tejidos no se ha cuantificado, pero es probable que sea considerablemente inferior al del contacto con sangre.

La incidencia media de seroconversión después de una exposición percutánea con una fuente positiva al VHC es del 1,8% (rango:0-7%).

La infección accidental por el VHB constituye un riesgo ocupacional bien establecido para los profesionales sanitarios si no están vacunados frente a este virus. El riesgo de adquirir una infección por VHB, ante un accidente percutáneo en personal no vacunado, depende de los marcadores de la persona de la que procede la sangre o el fluido corporal. En estudios realizados en trabajadores sanitarios con exposición percutánea a sangre contaminada por el VHB el riesgo de transmisión es al menos del 30% si el paciente fuente es Ag HBs positivo con Ag HBe positivo y menor del 6% si el Ag HBe es negativo.

La PPE se plantea como una estrategia de prevención biomédica. Sin ninguna duda, la mejor forma de prevenir la transmisión ocupacional es evitar la exposición. Para ello, cada institución deberá promover la asignación de recursos para:

- La educación y el entrenamiento de todo el personal en las precauciones universales incluyendo la vacunación frente a VHB, y la gestión adecuada de residuos, que se deben seguir ante cualquier situación de riesgo de contacto con líquidos potencialmente contaminados, como sangre o cualquier fluido o tejido contaminado con sangre, semen, flujo vaginal, líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico o amniótico.
- Disponer de los materiales necesarios para actuar como barrera (guantes, mascarillas, batas y gafas protectoras), así como contenedores para descartar el material desechable potencialmente contaminado (jeringas, agujas, etc.).
- Garantizar el asesoramiento y la asistencia las 24 h del día con disponibilidad de diagnóstico serológico preferiblemente en menos de 2 h para el VIH y siempre antes de las 72 hs.; para el virus B y C, lo antes posible y siempre antes de las 96 hs.
- Facilitar el acceso a la medicación en los casos necesarios en los plazos establecidos; con protocolos de seguimiento adecuados y disponer de profesionales encargados de la atención y seguimiento de estos casos.

En heridas cutáneas (punciones, cortes), salpicaduras a piel no intacta, se recomienda:

- a) Lavado con agua y jabón.
- b) Dejar fluir la sangre.
- c) Desinfectar la herida con un antiséptico (iodo-povidona o clorhexidina).
- d) Cubrir con un apósito impermeable.

En salpicaduras a mucosas (conjuntiva, etc.) se recomienda lavado con agua abundante o suero fisiológico.

En ningún caso se aplicarán agentes cáusticos.

Evaluación del riesgo de transmisión ocupacional del VIH

El riesgo de transmisión tras un accidente laboral (AL) depende de múltiples factores: como situación serológica del trabajador, el tipo de exposición, la cantidad de virus presente en el inóculo (si la hay) y el estado virológico de la fuente, así como del tiempo transcurrido desde la exposición.

Existen varios estudios que demuestran que la exposición a elevadas cargas virales se asocia a mayor riesgo de transmisión de la infección. Por este motivo, en los periodos de elevada viremia como son las fases de infección aguda o las fases avanzadas de la enfermedad, si la fuente no está recibiendo tratamiento antirretroviral (TARV), el riesgo de transmisión es mayor. Por otro lado, la exposición a fluidos corporales de pacientes con infección por el VIH y carga viral indetectable no elimina por completo el riesgo de transmisión, aunque lo hace muy improbable, siendo necesario el seguimiento y la valoración de la PPE.

Tipos de exposición ocupacional

Las exposiciones percutáneas son más eficientes en la transmisión del VIH que las mucosas. El CDC estima que el riesgo promedio de seroconversión del VIH después de una AL percutánea es aproximadamente del 0,3% (IC 95%: 0,2 a 0,5%), lo que supone 3 infecciones

por cada 1.000 incidentes. Tras la exposición de mucosas, el riesgo se reduce al 0,09% (IC 95%: 0,006 a 0,5%), siendo incluso menor cuando el contacto es con piel no intacta. Con respecto a los factores relacionados con el accidente, el riesgo dependerá:

- De la profundidad del pinchazo:
- Inoculación accidental superficial: erosión.
- Profundidad intermedia: aparición de sangre.
- Inoculación accidental profunda. Cuanto mayor sea la profundidad, mayor será el riesgo de transmisión.
- Del tipo de material utilizado: Aguja hueca: mayor riesgo que con las agujas de sutura, ya que estas últimas solo presentan una fina lámina de fluido en la superficie de la aguja. Aguja maciza o bisturí. El riesgo aumenta de forma concomitante con el aumento de diámetro de la aguja, de los factores de barrera (el uso de guantes disminuye el 50% el volumen inyectado), del tipo y condición del epitelio o de la superficie expuesta (la piel sana intacta es una excelente barrera y presenta poco o ningún riesgo).

Finalmente, el riesgo se relaciona directamente con el tipo de fluido al que se ha expuesto el trabajador, siendo el de mayor riesgo la sangre visible en el dispositivo. Otros fluidos con elevado potencial infeccioso que requieren evaluación precisa son la sangre, el semen y las secreciones vaginales. No se conoce el potencial infeccioso del líquido cefalorraquídeo (LCR); los líquidos serosos y el líquido amniótico presentan un potencial infeccioso desconocido.

Vómitos, heces, saliva, sudor, lágrimas, orina y esputo no tienen riesgo significativo, excepto si tienen sangre visible.

Características de la fuente

Es fundamental conocer la situación serológica del paciente fuente contactando con su médico responsable. Si esta no se sabe o no se puede conocer, se debe realizar un estudio serológico completo previa solicitud de consentimiento verbal o por escrito, que consistiría en: VHB, solicitar el antígeno (Ag) HBs; VDRL; VHC, si es positivo, considerar medir la carga viral; VIH, si es positivo, medir la carga viral.

Lo recomendable es disponer de los resultados serológicos del VIH preferiblemente antes de transcurrir 2 hs tras la exposición.

Las técnicas disponibles hoy día aseguran resultados con excelente sensibilidad y especificidad en menos de 30 minutos y aportan información esencial acerca de la necesidad de iniciar o continuar la PPE.

La administración de PPE no debe posponerse hasta la disposición de los resultados de la serología del caso fuente y se debe suspender si esta es negativa.

No existen datos publicados de ningún caso de transmisión ocupacional en el periodo ventana de la infección por VIH.

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

Si no se puede conocer la situación serológica de la fuente, se la considerará como de alto riesgo.

Características del trabajador

Se debe realizar una serología completa en la persona expuesta tras la exposición, para determinar su estatus serológico frente al VIH, VDRL, VHC y al VHB (anti-HBs, anti-HBc, AgHBs), salvo que ya sea positivo conocido. Además se realizará una analítica básica que incluya hemograma, función renal y hepática. Para la serología del VIH se recomienda realizar una prueba de cuarta generación.

Hepatitis B (HVB)

Se necesita vacunación sin testeo previo. Se realizará un esquema de 3 dosis (1, 2 y 3 ó 6 meses).

El testeo de los anticuerpos se realiza de 1 a 2 meses después de la 3ª dosis.

El refuerzo no es necesario.

Si el anti-HBs es mayor o igual a 10 mUI/ml, es positivo y el paciente es inmune. No está recomendado realizar nuevos testeos ni vacunación; sólo será testeado ante una exposición de riesgo.

Si el anti-HBs es menor que 10 mUI/ml, es negativo y deberá revacunarse con otro esquema completo (doble dosis); si luego del segundo esquema persiste negativo, el paciente es “no respondedor” y será considerado susceptible.

Ante un accidente cortopunzante de una persona no vacunada con portador HVB +, la profilaxis post-exposición (PPE) se hará con y Globulina hiperinmune (HBIG) y vacuna.

HIV

El riesgo global de transmisión por exposición percutánea es de 0.3%.

Ante un accidente hay que evaluar el riesgo de transmisión del paciente y el tipo de exposición.

Es imprescindible el testeo inmediato de serología HIV de la fuente.

Debe realizarse PPE ante fuente HIV + o serología desconocida.

La PPE con Antirretrovirales (ARV) debe ser, en lo posible, dentro de las primeras horas y al menos con tres drogas ARV.

La duración será de cuatro semanas y los controles serológicos a las 6, 12 y 24 semanas.

Se debe advertir acerca de mantener relaciones protegidas hasta finalizar el seguimiento.

Consideraciones previas a la PPE:

Antes de considerar el uso de la PPE es necesario tener en cuenta si la persona expuesta acude antes de 72 h tras la exposición y recabar toda la información sobre la persona fuente.

Con independencia de si se realiza o no PPE, todos los procedimientos e intervenciones deben estar claramente verificados..

Si la PPE está indicada se recomienda iniciarla lo antes posible luego del AL, preferiblemente en las primeras 24 h y siempre dentro de las primeras 72 hs .No se recomienda iniciar PPE si han pasado más de 72 hs.

Se recomienda realizar PPE cuando el riesgo de transmisión es alto; cuando el riesgo no es alto, se debe valorar individualmente cada caso en particular, y cuando el riesgo es despreciable o nulo, no se recomienda.

Profilaxis Recomendada (PPE)

Tratamiento con ARV (TARV) Recomendado

La PPE debe contener 3 o más drogas antirretrovirales (ARVs): 2 inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTIs), más un inhibidor de proteasa (IPs) boosteado con ritonavir o un inhibidor de la integrasa (INSTI) o un inhibidor no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTI) (2).

La selección del régimen a indicar debe estar basada en la disponibilidad local con preferencia por regímenes que tengan buena tolerancia y poca toxicidad.

INTI de elección

Tenofovir/Lamivudina 300/300mg, 1 comp. por día o

Tenofovir /Emtricitabina 300/200 mg, 1 comp. por día o

Zidovudina 150 + Lamivudina 300 mg, cada 12 horas: en caso de no tener disponible alguno de los anteriores y en pacientes con antecedentes de enfermedad renal subyacente.

Asociado a:

Atazanavir 300mg / Ritonavir 100mg, 1 cap. de cada uno cada 24hs. O

Lopinavir 200mg/ Ritonavir 50mg, 2 comp. cada 12 hs o

Raltegravir 400mg cada 12 hs: la principal limitación en el uso de esta droga esta relacionada a su costo y disponibilidad o

Efavirenz: utilizarlo solo en aquellos casos en que no se disponga de ninguna de las drogas mencionadas anteriormente por sus potenciales efectos tóxicos en SNC.

Drogas alternativas en consulta con un experto:

Enfuvirtide, Abacavir.

Recordemos que un tema importante, en la elección del esquema, es la disponibilidad de la institución acorde a los recursos de la misma; por lo que es preferible que el esquema esté completo y que sea sustentable por 4 semanas, aunque no tenga drogas de primera línea.

Drogas no recomendadas:

Nevirapina, ddl, d4T.

Para casos de exposición con fuente conocida, la conducta terapéutica se basará en los antecedentes de tratamiento ARV previos y/o actuales del paciente infectado.

Hepatitis C (HVC)

Existen portadores crónicos. El riesgo de transmisión luego de un accidente por punción con sangre de un paciente infectado es de 0% a 10%.

Hasta la fecha no existe ninguna vacuna disponible ni profilaxis efectiva.

Ante un accidente cortopunzante se realizará el seguimiento con controles serológicos y hepatograma. En caso de seroconvertir se realizará el tratamiento adecuado.

Controles de rutina de los pacientes con AL con sangre y/o fluidos; constarán de serologías (incluyendo la VDRL), hepatograma si fue con HVC y pruebas de laboratorio acorde al medicamento si recibió PPE, inicialmente.

Los controles serológicos deben ser basales (al momento del AL), a las 6, 12 y 24 semanas.

Si el centro cuenta con alta tecnología (de 4ª generación) con 12 semanas es suficiente.

Enfermedades que se transmiten por contacto con pacientes infectados)

TBC

Existe riesgo de transmisión al personal de TBC laríngea o pulmonar no sospechada.

La mejor prevención es el alto índice de sospecha para poder implementar el aislamiento respiratorio.

En lo posible hay que evitar las internaciones, es preferible el tratamiento ambulatorio.

Ante el contacto, sin precaución, con un paciente infectado:

Realizar PPD (excluir personal PPD + conocido) basal precoz y a las 12 semanas, y radiografía de tórax.

Ante paciente con PPD basal (+), seroconversión o síntomas sugestivos de infección, evaluar conductas terapéuticas y/o profilaxis según el caso.

Meningococo

El contagio al personal es infrecuente, si se toman las medidas preventivas adecuadas.

Aun así, rara vez ha ocurrido luego del contacto con secreciones respiratorias de un paciente infectado sin tomar precauciones (respiración boca a boca, intubación endotraqueal).

La transmisión ocurre por gotas grandes.

Luego de 24 horas de tratamiento, el paciente deja de ser contagioso.

La profilaxis post-exposición se realiza con Rifampicina (600 mg cada 12 horas durante 2 días).

Difteria

Es una enfermedad infrecuente, rara vez hay casos esporádicos o importados.

La transmisión es por gotas o contacto con lesiones de la piel del paciente.

Debe realizarse hisopado de fauces para la búsqueda de portadores.

La profilaxis se hará con Penicilina B (1200000 U) o Eritromicina (1 g/día por 7 días).

Pertussis

Es una enfermedad con alta tasa de transmisión (contacto con secreciones respiratorias o gotas grandes).

La infección hospitalaria no es frecuente en el personal y queda restringida a áreas pediátricas.

En los últimos años, a partir de trabajos randomizados controlados, no randomizados y opiniones de expertos, existe una fuerte evidencia de vacunar al personal de la salud menor de 65 años, con una dosis de Tdap, con prioridad en aquellos que trabajan con niños de 12 meses o menores de 12 meses.

La profilaxis, en el personal adulto susceptible expuesto, es con Eritromicina (2 g/día) o Trimetroprima/sulfametoxazol (1 comprimido cada 12 horas por 14 días).

Conjuntivitis

El Adenovirus es la causa principal de los brotes hospitalarios, con mayor frecuencia se presenta en áreas como Oftalmología, UTI neonatal, Geriátricos, etc.

El período de incubación es de 5 a 12 días y es contagiosa al final de este período hasta los 14 días del inicio de la enfermedad.

Contamina las manos, equipos médicos y las superficies ambientales.

La prevención es el lavado de manos, el uso de manoplas y la desinfección de los equipos.

Sarampión

El período de incubación es de 5 a 21 días.

La transmisión es por vía respiratoria, desde el pródromo hasta 4 días posteriores al rash.

Precaución: aislamiento respiratorio (gotas pequeñas).

Paperas

El período de incubación es de 12 a 25 días.

La transmisión es por gotas, desde los 7 días previos hasta 9 días posteriores al inicio de la enfermedad.

Precaución: aislamiento respiratorio (por gotas).

Rubéola

El período de incubación es de 12 a 23 días.

La transmisión se produce por gotas, desde 1 semana antes hasta 1 semana después de la aparición del rash.

Precauciones: aislamiento respiratorio (por gotas).

Varicela

El período de incubación es de 10 a 21 días. La transmisión se produce desde los 2 días previos al rash hasta 5 días posteriores al mismo.

El paciente contagia hasta que se secan las lesiones.

Siempre es preferible asignar personal con antecedentes de enfermedad para asistir a estos pacientes.

La persona susceptible que se expone sin precaución es potencialmente contagiosa durante 10 a 21 días post-exposición (PE).

Se debe indicar una vacuna PE dentro de las 72 horas. En HIC o embarazadas, es necesario evaluar GGH o Aciclovir.

Se debe realizar aislamiento respiratorio (gotas pequeñas).

Infección viral respiratoria

Es imprescindible evitar que el personal con infección del tracto respiratorio esté en contacto con neonatos y huéspedes inmunocomprometidos (HIC).

Hepatitis: Imprescindible tipificar con urgencia el agente causal.

Hepatitis A

Rara vez es de adquisición hospitalaria; los casos posibles se verifican en pacientes que están incubando hepatitis o que manifiestan incontinencia fecal.

La transmisión es por vía fecal-oral.

Deben tomarse las precauciones estándar para prevenir la infección.

En el período de incubación se produce la mayor excreción viral (por heces); cuando el paciente está enfermo disminuye el riesgo de transmisión.

No existen portadores crónicos.

El personal infectado puede reintegrarse a la semana de la ictericia (si su cuadro clínico lo permite), ya que hay bajo riesgo de contagio en ese momento.

La profilaxis con GGH (0.02 mg/kg) se hará si hubo contacto directo con el paciente o con las heces (hasta 2 semanas después del contacto).

La vacuna se podrá administrar dentro de las 72 horas luego de la exposición.

Herpes simple

La adquisición hospitalaria es infrecuente.

Se transmite por contacto con lesiones de la piel o las mucosas o más frecuentemente por secreciones que contengan virus.

Prevención en el personal: Evitar el contacto directo. Usar guantes y lavar las manos luego del contacto con el paciente.

Escabiosis

La transmisión es por contacto directo y prolongado.

Debe tratarse sólo al personal con síntomas con crema de Permetrina al 5%. Otra alternativa es administrar Ivermectina en dosis única, no en embarazadas, (comprimidos de 60 mg)

Diarrea aguda

La diarrea sanguinolenta acompañada de fiebre o cólicos sugiere origen bacteriano.

Otras causas pueden ser virales (rotavirus), parasitarias (giardia), etc.

El tratamiento ATB está recomendado sólo en los casos de Shigella o Campylobacter.

No se recomienda ATB en caso de Salmonella.

Streptococcus grupo A

El reservorio es la faringe, el recto y el tracto genital.

La transmisión es por contacto directo o por vía aérea (este último es menos frecuente).

El personal infectado debe ausentarse por 24 horas desde el inicio del tratamiento.

Restricción laboral

Cuando la salud del personal se ve afectada por alguna enfermedad, adquirida o no dentro del ámbito profesional, independientemente de la incapacidad o no que dicha enfermedad le cause al agente, habrá que restringir sus tareas o evitar la concurrencia al lugar de trabajo para cortar la transmisión y/o contagio de determinadas infecciones.

Enfermedades que requieren la inasistencia del personal:

Conjuntivitis, mientras haya secreción (II).

Diarrea aguda, mientras duren los síntomas (IB).

Difteria, hasta completar el tratamiento y tener dos cultivos negativos (IB).

Hepatitis A, hasta después de la ictericia (IB).

Hepatitis B aguda (realiza procedimientos de riesgo), hasta antigenemia negativa (II).

Herpes virus localizado en las manos, hasta la curación (IA).

Meningococo, 24 horas posteriores al tratamiento (IA).

Parotiditis, 9 días (IB); post-exposición (susceptible) del día 12 al 26 PE (II).

Pertussis, 3 semanas o 5 días después de ATB (IB).

Rubéola, 5 días luego del rash (IA); en la post-exposición (susceptible) del día 7 al 21 .

Escabiosis, hasta la curación (IB).

TBC activa, hasta no ser contagioso (IA).

Varicela activa o Zoster generalizado o localizado en HIC, hasta tener lesiones secas (IB); en la post-exposición (susceptible) del día 10 al 21 PE (IA).

Según el estado del personal (no es contraindicación absoluta de inasistencia):

Infección respiratoria viral febril aguda: evitar contacto con pacientes de alto riesgo, hasta la curación (IB).

Zoster localizado en huésped sano: cubrir lesiones y excluir atención de pacientes de alto riesgo hasta que las lesiones estén secas (IB).

Zoster PE (susceptible): evitar contacto con paciente desde el día 10 al 21 PE (IA).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bolyard, Elizabeth A., RN, MPH, a, Tablan, Ofelia C., MD, a, Williams, Walter W., MD, b, Pearson, Michele L., MD, a, Shapiro, Craig N., MD, a, Deitchman, Scott D., MD, c, and The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. "Guideline for infection control in health care personnel", *American Journal of Infection Control* (1998; 26: 289-354) and *Infection Control and Hospital Epi-demiology* (1998; 19: 407-63).

2. Sepkowitz, K. A. "Occupationally acquired infections in health care workers. Part I", *Ann. Intern. Med.* 1996; 125: 826-34.
3. Sepkowitz, K. A. "Occupationally acquired infections in health care workers. Part I", *Ann. Intern. Med.* 1996; 125: 917-28.
4. Garner, J. S. and Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. "Guideline for isolation precautions in hospitals", *Infec. Control Hosp. Epidemiol.* 1996; 17: 53-80.
5. October 19, 2007, Vol. 56, No. 41. Recommended Adult Immunization Schedule - United States, October 2007-September 2008. The Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) annually reviews the recommended Adult Immunization Schedule to ensure that the schedule reflects current recommendations for the licensed vaccines. In June 2007, ACIP approved the Adult Immunization Schedule for October 2007-September 2008.
6. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)-Recommendations and Reports June 29, 2001, Vol. 50, No. RR11; 1-42; "Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Post-exposure Prophylaxis".
7. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)-Recommendations and Reports December 15, 2006, Vol. 55, No. RR-17n; "Preventing Tetanus, Diphtheria, and Pertussis Among Adults: Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis Vaccine". Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and Recommendation of ACIP, supported by the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), for Use of Tdap Among Health-Care Personnel
8. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)-Recommendations and Reports May 30, 2008, Vol. 57, No. RR-4; Department of health and human services. Centers for Disease Control and Prevention, Morbidity and Mortality Weekly Report. "Prevention of Pertussis, Tetanus, and Diphtheria Among Pregnant and Postpartum Women and Their Infants". Recommendations of The Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).
9. "Guidelines for Protecting the Safety and Health of Care Workers", U.S. Department of Health and Human Services, Public Services, Centers for Disease Control, National Institute for Occupational Safety and Health; 1983: A8-79, A8-98.
10. Manual de Bioseguridad para Establecimientos de Salud (Mendoza; Argentina)– Capítulo 20 Inmunizaciones En El Personal De Salud-SUBSECRETARÍA DE SALUD octubre 31, 2014
11. -Healthcare Personnel Vaccination Recommendations. Immunization Action Coalition. www.immunize.org. www.vaccineinformation.org. www.immunize.org/catg.d/p2017.pdf • 2017 (6/13)
12. Consenso Argentino de Tratamiento Antirretroviral (TARV), de la Sociedad Argentina de Infectología SADI 2014-2015.
13. Consenso de Profilaxis Post-exposición del grupo de trabajo de las Sociedades Españolas de: Infectología Pediátrica; Medicina Preventiva; Medicina del Trabajo; Grupo de Estudios de las Hepatitis Virales- Febrero 3, 2015
14. Evaluation of the Impact of National HIV Testing Day — United States, 2011–2014 MMWR / June 24, 2016 / Vol. 65 / No. 24 US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention
15. Documento de Consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños 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). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;34(2):121.e1–121.e15

Dra. Liliana Debora Stern Gelman

Es especialista en Medicina Interna, título otorgado por la Asociación Médica Argentina, Sección Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires; Especialista en Enfermedades Infecciosas, otorgado por el Colegio Médico de San Martín, Distrito IV; Especialista en Enfermedades Infecciosas otorgado por la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, adquirido por Carrera de Médico Especialista, (válido en todo el país). Especialista en Enfermedades Infecciosas, otorgado por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Médica Certificada en Enfermedades Infecciosas, otorgado por el Concejo de Certificación de Profesionales Médicos- Academia Nacional de Medicina, Profesor adscripto en Infectología- Facultad de Medicina- UBA, obtenido a través de la aprobación de la Carrera Docente (2000).

*Médica Recertificada en Enfermedades Infecciosas: Otorgado por la Sociedad Argentina de Infectología (SADI)
Profesor adjunto en Infectología del Ciclo Clínico del Instituto Universitario-Escuela de Medicina –Hospital Italiano de Buenos Aires*

Médica Asociada del Servicio de Infectología del Hospital Italiano de Buenos Aires

Subdirectora de la Carrera de Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas, Unidad Académica Facultad de Medicina, Sede Hospital Italiano de Buenos Aires.

Participó en numerosos cursos y congresos en calidad de docente, y publicó distintos trabajos científicos de la especialidad en el país y el exterior. Participa en las siguientes sociedades médicas:

Miembro titular de la Asociación Argentina de Microbiología (AAM)

Miembro titular de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI)

Coordinadora de la Comisión de Educación Médica de la SADI