

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 embarazo.
- Prescribir profilaxis antibiótica para ITS en una dosis única:
 - **Mujeres:** Ceftriaxona 500 mg (i.m.) + Metronidazol 2 g (v.o.) + Azitromicina 1 g (v.o.) o Cefixima 400 mg (vo).
 - **Varones:** Ceftriaxona 500 mg (i.m.) + Azitromicina 1 g (v.o.) o Cefixima 400 mg (v.o.).
 - **En alérgicos a penicilina o a cefalosporinas:** sustituir Ceftriaxona por Gentamicina 240 mg.
- 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. Líquido sinovial	Saliva ⁽¹⁾ . 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 (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

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 enfermedad muy avanzada.

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 EL PACIENTE 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 PACIENTE FUENTE Y AL PACIENTE EXPUESTO 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:

- **PACIENTE EXPUESTO: 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 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 día siguiente), sábados y festivos:

- **PACIENTE EXPUESTO: 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 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 AL PACIENTE FUENTE:

- Marcadores de función hepática (GOT/AST, GPT/ALT).
- Serología de hepatitis B (HBsAg, HBcAc, HBeAg).
- Serología de hepatitis C (anti-VHC). **Si el paciente fuente es hepatitis C positivo conocido:** solicitar además carga viral y genotipo.
- Serología de VIH (anti-VIH). **Si el paciente fuente 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 AL PACIENTE EXPUESTO:

- Hemograma, bioquímica general.
- Marcadores de función hepática (GOT/AST, GPT/ALT).
- Serología de hepatitis B (HBsAg, HBcAc, HBeAg).
- 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 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	Paciente fuente HbsAg negativo	Paciente fuente HbsAg positivo o HbsAg desconocido
No vacunado o vacunación incompleta	Vacunación (iniciarla o completar hasta 3 dosis) (4)	1 dosis de IGHB (3) y vacunación (iniciarla o completar hasta 3 dosis) (4)
Vacunación completa y HBsAc >10 U/L	Inmunizado: no precisa profilaxis postexposición	Inmunizado: no precisa profilaxis postexposición
Vacunación completa pero no inmunizado (HBsAc ≤10 U/L)	Si lleva 1 pauta de vacunación, administrar 1 dosis adicional de vacuna (5)	Si lleva 1 pauta de vacunación, administrar 1 dosis de IGHB (3) y completar 2.ª pauta de vacunación (4)
	Si lleva 2 pautas de vacunación, no precisa ninguna intervención	Si lleva 2 pautas de vacunación, administrar IGHB (2 dosis separadas 1 mes) (3)

(1) 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.

(3) IGHB: 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) 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.

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.

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

- Si el paciente resulta anti-VHC negativo: 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 el paciente expuesto, 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

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 el paciente expuesto, 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 - Riesgo alto - Riesgo no alto	Recomendar Recomendar Ofrecer
	Líquido que contiene sangre, otros líquidos infecciosos ⁽²⁾ o tejidos Otros líquidos corporales	Ofrecer No recomendar
Mucosas	Sangre	Ofrecer
	Líquido que contiene sangre, otros líquidos infecciosos ⁽²⁾ o tejidos Otros líquidos corporales	Ofrecer No recomendar
Piel, alto riesgo ⁽³⁾	Sangre	Ofrecer
	Líquido que contiene sangre, otros líquidos infecciosos ⁽²⁾ o tejidos Otros líquidos corporales	Ofrecer No recomendar

(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 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	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición percutánea (pinchazo, corte), exposición mucosa, o exposición cutánea con piel no íntacta (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)
Tiempo transcurrido desde la exposición	Menos de 72 horas

(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).

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, ya que transcurrido este tiempo, la administración de la profilaxis es considerada ineficaz.
- 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 \geq 25 Kg de peso:** 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).
- Embarazo.
- Fuente de la exposición con infección por VIH conocida.

2. **Pauta en mujeres embarazadas:** Se pautará según lo expuesto en el Anexo 1.
3. **Pauta de elección niños \leq 12 años o < 25 Kg de peso (ver Anexo II para consultar las dosis):**
 - De 1 mes a 2 años: Raltegravir (RAL) + Zidovudina (AZT) + Lamivudina (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 al paciente la medicación necesaria (más uno, por si vomitara o perdiera algún comprimido) hasta el siguiente día hábil, que es cuando el paciente será 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.

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 **Comunicación de Accidente de Trabajo** en el caso de accidente si es un trabajador del Departamento de Salud Alicante-Hospital General, disponible en la intranet: <https://alicante.san.gva.es/documents/4450974/9389520/accidente+trabajo.pdf>.

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 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 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 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.

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 el paciente expuesto 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 el **paciente 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 el **paciente 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 **positivo** (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 **negativo** se realizará seguimiento serológico hasta que se considere que no existe infección por VIH, de la siguiente manera:
 - **Cuando la exposición es de riesgo bajo y no precisa PPE-VIH**, si el ELISA es negativo 6 semanas después de la exposición.
 - **Cuando precisa PPE-VIH y el paciente expuesto la ha completado**, 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).
 - **Cuando precisa PPE-VIH pero el paciente expuesto no la ha finalizado**, 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-INFECIONES DE TRANSMISION SEXUAL.

Profilaxis antirretroviral

- Seguir lo establecido en el punto 6.2. con la excepción de mujeres embarazadas, en cuya caso se administrará la siguiente pauta: TRUVADA® (tenofovir 245 mg + emtricitabina 200 mg), 1 comprimido cada 24 horas, durante 28 días + ISENTRESS® (raltegravir 400 mg), 1 comprimido cada 12 horas, durante 28 días
- 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) Adulta No Gestante:

- Gonococo: Ceftriaxona 500 mg (im) dosis única o Gentamicina 240 mg vo monodosis.
- Chlamydia y Gonococo: Azitromicina 1 g (vo) dosis única o Doxiciclina 100 mg/12 horas vo/ 7 días.
- Tricomonas: Metronidazol o Tinidazol, 2 g vo monodosis.
- Si lesión rectal: añadir Clindamicina 600 mg im dosis única.

b) Adulta Gestante: evitar Metronidazol y Tinidazol vo en primer trimestre.

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

ANEXO 2 - DOSIS DE ANTIRRETROVIRALES EN PEDIATRÍA

Emtricitabina (Emtriva): solución (10 mg/ml), cápsulas de 200 mg	
Niños y adolescentes (desde 3 meses a 18 años)	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)
Niños > 12 años y > 30 kg	150 mg/12 h

Tenofovir (Viread): comprimidos de 123, 163, 204, 245 mg y Viread 33 mg/g gránulos para suspensión oral. Recomendación de dosificación en función de la sal de tenofovir dipiroxil fumarato (TDF) (<i>245 mg de tenofovir equivalen a 300 mg de TDF</i>)																																								
Niños 2-12 años	6,5 mg/kg de tenofovir/24 h (equivalente a 8 mg/kg de TDF) Dosificación de Viread en gránulos: <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%;"> <thead> <tr> <th>Peso corporal (kg)</th> <th>Una vez al día Cacitos de gránulos</th> <th>Dosis total (mg) de tenofovir disoproxilo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10 a < 12</td><td>2</td><td>65</td></tr> <tr><td>12 a < 14</td><td>2,5</td><td>82</td></tr> <tr><td>14 a < 17</td><td>3</td><td>98</td></tr> <tr><td>17 a < 19</td><td>3,5</td><td>114</td></tr> <tr><td>19 a < 22</td><td>4</td><td>131</td></tr> <tr><td>22 a < 24</td><td>4,5</td><td>147</td></tr> <tr><td>24 a < 27</td><td>5</td><td>163</td></tr> <tr><td>27 a < 29</td><td>5,5</td><td>180</td></tr> <tr><td>29 a < 32</td><td>6</td><td>196</td></tr> <tr><td>32 a < 34</td><td>6,5</td><td>212</td></tr> <tr><td>34 a < 35</td><td>7</td><td>229</td></tr> <tr><td>≥ 35</td><td>7,5</td><td>245</td></tr> </tbody> </table> <p>Disponible en comprimidos recubiertos (niños de 6 a < 12 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 17 kg y < 22 kg: 123 mg / 24 h - 22 kg y < 28 kg: 163 mg / 24 h - 28 kg y < 35 kg: 204 mg / 24 h 	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
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																																						
Niños > 12 años	245 mg de tenofovir/24 h (equivalente 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 <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%;"> <thead> <tr> <th>Peso corporal (kg)</th> <th>Volumen (dosis) de suspensión a administrar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>3 a menos de 4</td><td>2,5 ml (25 mg) dos veces al día</td></tr> <tr><td>4 a menos de 6</td><td>3 ml (30 mg) dos veces al día</td></tr> <tr><td>6 a menos de 8</td><td>4 ml (40 mg) dos veces al día</td></tr> <tr><td>8 a menos de 11</td><td>6 ml (60 mg) dos veces al día</td></tr> <tr><td>11 a menos de 14^T</td><td>8 ml (80 mg) dos veces al día</td></tr> <tr><td>14 a menos de 20^T</td><td>10 ml (100 mg) dos veces al día</td></tr> </tbody> </table> <p>Comprimidos masticables (25 mg o 100 mg) niños > 20 kg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 mg/12 h) 	Peso corporal (kg)	Volumen (dosis) de suspensión a administrar	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 ^T	8 ml (80 mg) dos veces al día	14 a menos de 20 ^T	10 ml (100 mg) dos veces al día
Peso corporal (kg)	Volumen (dosis) de suspensión a administrar														
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 ^T	8 ml (80 mg) dos veces al día														
14 a menos de 20 ^T	10 ml (100 mg) dos veces al día														
> 12 años	400 mg (comprimidos no masticables) cada 12 h														