



## Preâmbulo

O presente protocolo foi elaborado em conjunto pelas Comissões de Controlo de Infecção (CCI) da Sub-Região de Saúde de Faro, do Hospital Distrital de Faro, do Hospital do Barlavento Algarvio e do Hospital Distrital de Lagos.

Foi feito com base na actualização dos protocolos já existentes nos hospitais da região e após cuidadosa revisão bibliográfica.

Tem como objectivo a uniformização de procedimentos na Sub-Região de Saúde de Faro nas situações de exposição accidental dos trabalhadores da Saúde a material potencialmente contaminado com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Vírus da Hepatite B (VBH) e Vírus da Hepatite C (VHC).

Destina-se a todos os profissionais envolvidos nos cuidados assistenciais, quer em Cuidados de Saúde Primários, quer nos Cuidados Hospitalares. Os Centros de Saúde mais distanciados das Urgências Hospitalares e/ou com outros problemas específicos de acessibilidade ao cumprimento do protocolo, deverão contactar a CCI da Sub-Região de Saúde de Faro para se dar solução aos problemas colocados.

Dada a evolução contínua dos conhecimentos nesta área, deverá o presente protocolo ser revisto e actualizado pelas CCI sempre que se justifique, por ter havido alteração importante e devidamente documentada nas atitudes a tomar nestas situações.

### Os Coordenadores das CCI

*António Soares*<sup>1</sup>  
*SubRegião de Saúde de Faro*

*José Manuel Pastor*<sup>2</sup>  
*Hospital Distrital de Faro*

*Domitília Faria*<sup>3</sup>  
*Hospital do Barlavento Algarvio*

*Pinto Bastos*<sup>4</sup>  
*Hospital Distrital de Lagos*

1. Chefe de Serviço de Saúde Pública
2. Chefe de Serviço de Medicina Interna
3. Assistente Hospitalar de Medicina Interna
4. Assistente Hospitalar de Patologia Clínica

# ÍNDICE

	página
<b>I - Introdução</b> .....	<b>03</b>
<b>II - Factores de risco de infecção pós exposição</b>	
Factores relacionados com o tipo de acidente .....	<b>04</b>
Factores de risco relacionados com o doente .....	<b>05</b>
Factores de risco relacionados com o trabalhador .....	<b>05</b>
Factores de risco relacionados com o agente patogénico .....	<b>05</b>
<b>III - Recomendações pós-exposição</b>	
Hepatite B .....	<b>06</b>
Hepatite C .....	<b>08</b>
VIH .....	<b>09</b>
<b>IV - Bibliografia</b> .....	<b>15</b>

## ANEXOS

- Anexo I** - Normas de procedimento após exposição  
    acidental a material potencialmente contaminado
- Anexo II** - Escala de Trauma (Exposição ao VIH)
- Anexo III** - CCI - Questionário
- Anexo IV** - CCI - Termo de Responsabilidade  
    Consentimento para uso profilático de  
    antiretrovirais

## **I - Introdução**

A exposição accidental em serviço, a material contaminado é um risco permanente a que estão sujeitos os profissionais de saúde no seu dia a dia.

Define-se como exposição:

- uma lesão percutânea (ex. com uma agulha ou objecto cortante),
- contacto de sangue, tecidos ou outros fluídos corporais, com membrana mucosa ou pele lesada ou que envolva uma área extensa,

Os fluídos corporais incluem:

Sémen, secreções vaginais, líquido cefalo-raquidiano, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico, ou outros fluídos contaminados com sangue visível.

A redução dos riscos de transmissão accidental de doença aos trabalhadores da saúde é da responsabilidade da Instituição, que deve garantir as condições necessárias para um trabalho com segurança, mas também, e não menos importante, do próprio trabalhador. Assim, todo o profissional envolvido nos cuidados assistenciais aos doentes, deve executar as suas tarefas, cumprindo as normas de segurança, não esquecendo que:

- Melhor do que tratar após exposição, é PREVENIR A EXPOSIÇÃO;
- Todo o doente é potencial portador de doença transmissível; deverão ser identificados procedimentos de risco e não doentes de risco;
- Na execução de qualquer acto assistencial envolvendo potencial contacto com material orgânico, o trabalhador deve saber seleccionar as barreiras de protecção adequadas a cada situação (PRECAUÇÕES UNIVERSAIS);
- Das doenças transmissíveis existe uma para a qual há vacina, com eficácia comprovada - a hepatite B; esta é fornecida gratuitamente pela Instituição, mas é da responsabilidade do trabalhador efectuar-la ou não, cumprir o calendário vacinal proposto e assegurar-se do seu estado imunitário pós vacinação.

## **II - Factores de risco de infecção pós exposição**

Após uma exposição a material potencialmente contaminado, o risco de transmissão vai depender de vários factores relacionados com o tipo de acidente, com o doente, com o trabalhador e com o agente patogénico:

- **Factores relacionados com o tipo de acidente:**

- a) Via de exposição - o risco é muito maior quando a via é a percutânea;
- b) Profundidade da lesão - quanto mais profunda, maior o risco;
- c) Tamanho da lesão - quanto mais extensa, maior o risco;
- d) Quantidade de inoculo - este é um dos mais importantes aspectos a avaliar, sendo óbvio que quanto maior o inoculo, maior o risco. Há uma diferença de risco substancial entre uma picada com uma agulha com que se acabou de injectar um medicamento na borracha de um sistema de soro ou dar uma injeção intramuscular e uma agulha que esteve colocada directamente numa veia ou artéria do doente. Por outro lado o risco é maior com agulha oca e quanto maior for o seu calibre, maior o risco;
- e) Tipo de contaminação - A inoculação de sangue tem um risco muito superior ao dos outros líquidos orgânicos. Do mesmo modo os acidentes de laboratório são particularmente perigosos quando é inoculado, inadvertidamente, material de cultura do vírus, pois este tem uma elevada concentração vírica.
- f) Tempo de latência do material contaminante - o risco é tanto maior quanto mais recente for o material inoculado - a agulha acaba de retirar da veia do doente ("agulha quente") tem um risco mais elevado do que uma agulha esquecida há horas em cima da bancada.

- **Factores de risco relacionados com o doente**

- a) Situação imunitária - os riscos variam com a fase de evolução da infecção VIH no doente. Assim, na primoinfecção e na fase de SIDA, sendo a virémia mais elevada, o risco também é maior. O conhecimento do estado imunitário do doente (CD4, carga viral recentes) é pois muito importante

para a avaliação do risco envolvido. A presença de infecção oportunista major, mesmo que não se conheçam os parâmetros laboratoriais referidos, só por si é indicador de um maior risco. Quanto mais prolongada tiver sido a terapêutica prévia do doente, maior o risco da transmissão de um vírus resistente.

- **Factores de risco relacionados com o trabalhador**

a) Estado imunológico - se houver imunodepressão de qualquer etiologia haverá um maior risco de aquisição de infecção. A imunodepressão pode resultar de múltiplas causas, transitórias ou permanentes - virose, terapêutica com corticóides ou outros imunodepressores, diabetes, insuficiência renal crónica, etc.

- **Factores de risco relacionados com o agente patogénico**

a) Para o mesmo tipo de acidente e mesmo inoculo o potencial de transmissão é superior para o vírus da Hepatite B e da Hepatite C; o VIH é o que apresenta menor potencial de transmissão.

Na hepatite B, a presença de Ag Hbe positivo indica maior infecciosidade; na hepatite C e VIH, quanto mais elevada for a virémia (medida pela carga viral) maior a infecciosidade.

### III - Recomendações pós-exposição

#### Hepatite B

A prevenção da transmissão do vírus da hepatite B é possível através da vacinação, que tem uma eficácia comprovada em mais de 95% dos casos e efeitos secundários negligenciáveis. No quadro seguinte estão esquematizadas as recomendações a seguir após a exposição ao vírus da Hepatite B.

#### Recomendações para profilaxia pós exposição ao vírus da hepatite B

Estado Vacinal e titulação de anticorpos do trabalhador exposto	Doente Ag HBs positivo	Doente Ag HBs negativo	Doente desconhecido
<b>NÃO VACINADO OU VACINAÇÃO EM CURSO</b>	-Imunoglobulina anti Hepatite B * - Iniciar ou completar vacinação (esquema acelerado)♦	- Iniciar ou completar vacinação	-Imunoglobulina anti Hepatite B opcional - Iniciar ou completar vacinação
<b>VACINADO</b>			
. Presença de anti-corpos anti-HBs $\geq 10$ mUI/ml	Nada	Nada	Nada
. Não respondedor anti-corpos anti-HBs $< 10$ mUI/ml	- Se já fez 2 vacinações completas e não respondeu fazer Imunoglobulina anti Hepatite B• - Se só tem uma vacinação completa e não respondeu, fazer Imunoglobulina anti Hepatite B e iniciar revacinação (esquema acelerado)	Nada se já tiver 2 vacinações completas; revacinar se só fez uma vacinação	Se as circunstâncias do acidente sugerirem risco de exposição ao VHB tratar como se fosse Ag HBs positivo; nos restantes casos actuar como AgHBs negativo
. Desconhece a resposta à vacina anti-HBs	Avaliação de anticorpos anti-HBs - $\geq 10$ mUI/ml - nada - $< 10$ mUI/ml - actuar como no não respondedor	Avaliar acs anti HBs ; se $< 10$ mUI/ml actuar como não respondedor	Avaliar acs antiHBs; se $< 10$ mUI/ml actuar como não respondedor

\* Dose 0.06 mg/Kg IM; pode ser administrada até 72 horas após o acidente

♦A vacinação deve ser iniciada de preferência nas 24 horas seguintes à exposição.

Desconhece-se a sua eficácia se iniciada em períodos superiores a 7 dias

Esquema acelerado Dose 1ª 2ª 3ª 4ª

Meses 0 1 2 12 meses

- Opcionalmente poderão ser dadas 2 doses, a primeira dose o mais precocemente possível e a segunda um mês depois

### **Follow up**

O follow up deve ser feito se o trabalhador não está vacinado ou tem anticorpos anti - HBs < 10 mUI/ml e o doente é Ag HBs positivo ou desconhecido.

### **Controlo laboratorial**

Na 4ª, 12ª semana e 6 meses:

- Transaminases
- Ag HBs
- Ac HB core
- Ac Hbs ( 1 mês após completar vacinação )



## **Hepatite C**

Não existe até ao momento actual qualquer tipo de intervenção preventiva, quer primária por vacinação, quer secundária, após exposição, para o VHC. No entanto há algumas recomendações para o seguimento dos trabalhadores acidentalmente expostos ao VHC.

### **Recomendações para seguimento de trabalhador após exposição ao vírus da Hepatite C**

Avaliação de anticorpos anti-VHC e transaminases no profissional exposto.

A utilização de imunoglobulinas ou agentes antivirais não está indicada uma vez que os dados disponíveis até à data não sugerem que sejam benéficos.

#### **Follow - up**

O follow up dos profissionais expostos ao VHC deve ser efectuado em consulta hospitalar, a marcar pela CCI do Hospital de referência após receber a comunicação do acidente.

Há grande interesse na identificação precoce da infecção pela VHC, pois a terapêutica precoce com alfa-interferão parece aumentar a probabilidade de cura.

A extensão do follow-up aos 12 meses pode ser considerada nalguns casos. Quando o doente é VHC e VIH positivo e há, portanto risco de coinfeção VHC e VIH simultânea, a seroconversão pode ser mais tardia.

#### **Controlo laboratorial**

Às 6 e às 12 semanas : - transaminases  
- RNA HCV

Se negativos, repetir transaminases e anticorpos antiVHC aos 6 meses.

## VIH

O início da Profilaxia pós-exposição ao VIH deve ser precoce sendo mais eficaz se for introduzida nas primeiras 4 horas após a exposição. Estudos feitos demonstraram que a precocidade está correlacionada com o sucesso da terapêutica.

Nas recomendações para a profilaxia pós exposição ao VIH consideram-se 4 factores principais, para definir o grau de risco:

- 1 - Lesão profunda.
- 2 - Sangue fresco visível no instrumento que causou a lesão.
- 3 - Lesão causada por instrumento utilizado em punção venosa ou arterial do doente.
- 4 - Doente com virémia elevada.

**Alto risco** - todos os factores presentes.

**Risco aumentado** - factor 4 mais qualquer um dos outros factores.

**Baixo risco** - ausência de qualquer um dos factores.

Os trabalhadores que foram expostos ao VIH devem usar as seguintes medidas para prevenir a transmissão secundária do vírus, especialmente durante as primeiras 6-12 semanas, altura que é esperada a seroconversão:

- Abstinência sexual ou uso do preservativo, para prevenir a transmissão por via sexual e evitar a gravidez;
- Não doar sangue, órgãos, tecidos ou esperma
- Se está a amamentar, deve ser aconselhada a suspensão, especialmente após uma exposição de alto risco.

### **IMPORTANTE**

O trabalhador que pretende iniciar terapêutica com antiretrovirais depois de ter discutido os seus riscos e benefícios deve dar o seu consentimento por escrito, assinando o termo de responsabilidade. A terapêutica deve ter a duração de 4 semanas.

Se o trabalhador foi aconselhado pelo médico a iniciar antiretrovirais e recusou, deve igualmente assinar termo de responsabilidade.

## **Follow-up**

Qualquer trabalhador que tenha sido exposto ao VIH deve ser avaliado, quer tenha iniciado ou não profilaxia pós-exposição.

O follow-up dos profissionais expostos ao VIH deve ser efectuado em consulta hospitalar a marcar pela CCI do Hospital de referência após receber a comunicação do acidente.

A extensão do follow-up aos 12 meses deve ser ponderada consoante o caso. Quando o doente é VHC e VIH positivo e há, portanto risco de coinfeção VHC e VIH simultânea, a seroconversão pode ser mais tardia.

## **Controlo laboratorial**

Às 4 e às 12 semanas e aos 6 meses ( e em qualquer altura, durante este período, se houver clínica sugestiva de primoinfecção ):

- Ag p24
- anticorpos anti VIH ( ELISA )

Caso o trabalhador tenha iniciado terapêutica antiretroviral, deve efectuar na 1ª e na 4ª semanas, para despiste de toxicidade medicamentosa:

- Hemograma com plaquetas
- Glicémia
- Ureia
- Creatinina
- CPK
- Transaminases
- Bilirrubinas
- Gama-GT
- Fosfatase Alcalina

## Recomendações para profilaxia pós exposição ao vírus VIH

Tipo de exposição	Volume	Estado do doente em VIH	Profilaxia recomendada
Membrana mucosa ou pele com integridade comprometida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- algumas gotas</li> <li>- exposição de curta duração</li> </ul>	VIH positivo Titulação baixa	A toxicidade das drogas anti-retrovirais pode sobrepor-se ao risco de transmissão do VIH
		VIH positivo Titulação elevada	Administração de zidovudina (AZT) e lamivudina (3TC)
	Grande quantidade de fluído e/ou exposição prolongada	VIH positivo Titulação baixa	Administração de zidovudina (AZT) e lamivudina (3TC)
Pele intacta			Não recomendada
Via percutânea	Pouco severa (superficial)	VIH positivo Titulação baixa	Administração de zidovudina (AZT) e lamivudina (3TC)
		VIH positivo Titulação elevada	Administração de zidovudina (AZT) e lamivudina (3TC) e indinavir ou nelfinavir
	Severa (profunda)	VIH positivo Titulação baixa ou Titulação elevada	Administração de zidovudina (AZT) e lamivudina (3TC) e indinavir ou nelfinavir

**Nota:** Se o doente for desconhecido, não está indicada a profilaxia, excepto nas situações em que as circunstâncias em que ocorreu o acidente sugeriram risco de exposição ao VIH ( ou se o trabalhador o exige ).

Nos Anexos apresentamos uma Escala de Trauma que pretende facilitar a "quantificação" do risco envolvido, para a tomada de decisão terapêutica.

### Esquemas terapêuticos

4 semanas      Zidovudina 250 mg duas vezes/dia

Lamivudina 150 mg duas vezes/dia

ou

4 semanas Zidovudina 250 mg duas vezes/dia  
 Lamivudina 150 mg duas vezes/dia  
 Indinavir 800 mg três vezes/dia ou nelfinavir 750 mg três vezes/dia

### Efeitos tóxicos a curto prazo

Fármaco	Efeitos secundários	Recomendações
Zidovudina (AZT)	Náuseas, vômitos, dor de cabeça, fadiga, insônia, anemia e raramente neutropênia. (Todos estes efeitos são reversíveis)	Para a intolerância gástrica recomenda-se a administração com as refeições
Lamivudina (3TC)	Intolerância gástrica	Normalmente é bem tolerada
Indinavir	Litíase renal ou nefrotoxicidade, intolerância gástrica, hiperbilirrubinemia/hepatite, intolerância à glicose/diabetes.	Deve-se ingerir pelo menos 1,5 litros de líquidos por dia
Nelfinavir	Diarreia, intolerância à glicose/diabetes.	O efeito secundário mais frequente é a diarreia e normalmente responde à loperamida

A terapêutica com Indinavir e Nelfinavir **contra-indica** o uso concomitante de anti-histaminicos, cisapride, Ketoconazol e vários outros medicamentos, assim como pode interferir com a eficácia dos contraceptivos orais, pelo que o trabalhador deve sempre consultar o médico caso necessite de tomar alguma outra medicação em simultâneo. Durante o período de terapêutica deve ser evitada a gravidez pelo que se recomenda uma contracepção eficaz.

### IMPORTANTE

Nos casos de exposição documentada ou de elevado risco, ao VIH, deve ser procurado, logo que possível, aconselhamento com médico especializado em infecção VIH. Nalguns casos de suspeita de transmissão de vírus resistente aos fármacos acima indicados, poderão ser considerados outros fármacos. Isto não deve porém atrasar o início da terapêutica, de acordo com o esquema recomendado, determinado pela avaliação do risco, no S. Urgência - esta pode posteriormente ser alterada, caso necessário.

### CASO PARTICULAR DE TRABALHADORA GRÁVIDA OU A AMAMENTAR

1 - Durante o primeiro trimestre não deverão ser administrados quaisquer drogas - no entanto se o risco de exposição ao VIH for muito elevado a situação deverá ser discutida com o Obstetra e Pediatra de serviço

2 - No segundo e terceiro trimestre e durante a amamentação o risco já é menor e já existe experiência razoável com AZT e Lamivudina; no entanto, não são ainda conhecidos possíveis efeitos a longo prazo de exposição do feto/recém-nascido a estas drogas, pelo que a situação deverá ser sempre cuidadosamente avaliada e de preferência com a colaboração do Obstetra e Pediatra.

### **RECOMENDAÇÕES PARA FOLLOW UP NAS SITUAÇÕES DE ACIDENTE EM QUE NÃO É CONHECIDO O DOENTE ( OU O SEU STATUS EM RELAÇÃO AO VIH, VHBOU VHC )**

1 SE AS CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE OCORREU O ACIDENTE SUGERIREM RISCO ELEVADO DE EXPOSIÇÃO AO VIH, VHB OU VHC, ACTUAR COMO ESTÁ RECOMENDADO NAS EXPOSIÇÕES DOCUMENTADAS A ESTES VÍRUS.  
( por exemplo picada com agulha oca com sangue fresco visível em local onde foi puncionada veia a doente toxicodependente )

2 NOS RESTANTES CASOS O TRABALHADOR DEVE FAZER FOLLOW UP EM CONSULTA A DEFINIR PELA INSTITUIÇÃO ONDE TRABALHA, COM VIGILÂNCIA AO 1º, 3º E 6º MÊS, DEVENDO SER REQUISITADAS AS SEGUINTE ANÁLISES:

- Ag HBs
- Acs HBcore

( caso o trabalhador não estivesse vacinado, vacinação incompleta ou não responder; 1 mês após terminar vacinação fazer determinação de Acs antiHBs)

- HCV
- HIV1 e 2 (ELISA)

## IV - Bibliografia

Bartlett, J. (1998) - Medical Management of HIV Infection

Boaventura J. L., - Infecção por VIH pós - exposição profissional em trabalhadores de Saúde: medidas a tomar - Serviço de doenças infecciosas do Hospital de Santa Maria

Boaventura J. L., Veiga, C.L., Tavares, L., Pereira, - Prevenção pós - exposição ao VIH em trabalhadores da Saúde Revista Portuguesa de doenças infecciosas 1999; ano 22 número 1 :7-15

Cardo, D.M., Culver D. H., Ciesielski, C.A *et al* - A case study of HIV seroconversion in Health care workers after percutaneous exposure, N Engl J Med 1997; 337:1485-90

Centers for Disease Control and Prevention - Guideline for infection control in Health Care personnel, AJIC Am J Infect Control 1998; 26, nº 3 302-05

CDC recommendations for postexposure prophylaxis after occupational exposure to HIV. MMWR June 7, 1996, vol. 45 nº 22, p.471

Daily, J.P. - Post exposure prophylaxis for HIV, AIDS Clinical Care, Agosto 1997, vol 9 nº 8

Gerberding, J.L. - Management of occupational exposures to blood-borne viruses, N Engl J Med, 1995, Feb 16, vol 332:444-51

Henderson, D.K., - Post exposure treatment of HIV - taking some risks for safety sake , N Engl J Med 1997; 337:1542-43

Philpott - Howard, j., Casewell, M. (1994), Hospital Infection Control - Policies and Practical Procedures,

Public Health Service. Guidelines for the Management of Health Care Worker Exposures to VIH and Recommendations for Postexposures Prophylaxis - MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 1998;47 (RR-7); 1-28

Immunizations of Health Care Workers: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) - MMRW 1997;46(R-18):1-42



# ANEXOS

## Anexo I

### COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO

#### **Normas de procedimento após exposição acidental a material potencialmente contaminado**

##### **Medidas imediatas:**

1. Sangramento do local da picada
2. Lavagem e desinfeção:  
Pele - lavar com água e sabão abundantes e desinfeção do local de contacto  
Olhos - lavar abundantemente com soro fisiológico ou jacto de água  
Boca e nariz - lavar com jacto de água  
(Não se recomenda a aplicação de agentes cáusticos (ex: lexívia) ou injeção de anti-sépticos ou desinfectantes nas feridas)
3. Comunicar ao superior hierárquico

4. Dirigir-se ao serviço de Urgência do Hospital ( no caso dos Centros de Saúde, dirigir-se ao serviço de Urgência do Hospital de referência ) logo após o acidente
5. Deverá ser efectuada de imediato colheita de sangue ao profissional e ao doente envolvido no acidente, preferencialmente com informação e consentimento do doente, devendo ser requisitadas as seguintes análises:

- Teste rápido VIH
- AgHBs
- Acs Hbcore
- AcHBs
- HCV

Caso o acidente ocorra em Centro de Saúde, para evitar a deslocação do doente envolvido, o profissional exposto poderá fazer-se acompanhar de um tubo seco contendo 5 cc de sangue do doente, com os respectivos dados de identificação.

Ambas as requisições devem registar com clareza o nome do doente e o nome e local de trabalho do profissional acidentado

6. Iniciar medidas profiláticas a indicar pelo médico na Urgência, em função do presente protocolo e do risco envolvido em cada situação; o resultado do teste VIH do doente deverá ser comunicado ao médico que o solicitou, em menos de duas horas, para poderem ser tomadas as necessárias medidas. O trabalhador deverá certificar-se desse resultado antes de abandonar a Urgência.

As restantes análises serão enviadas pelo Laboratório, nas 72 horas seguintes, para a CCI e entregue cópia ao trabalhador, em envelope fechado, devendo este contactar de imediato a CCI do Hospital onde foi assistido, para tomada de decisão de outras medidas e follow up, se necessário; a CCI é igualmente responsável por comunicar o resultado das análises ao doente envolvido e orientá-lo para consulta caso necessário.

## **IMPORTANTE**

Se o teste VIH do doente for positivo deverá ser a CCI, após lhe serem facultados os resultados das análises, a convocá-lo e pedir repetição da análise para confirmação por ELISA e Western Blot - não deve ser dada esta informação ao doente, sem confirmação, apenas com base num teste rápido de diagnóstico. No entanto, se este teste rápido é positivo o trabalhador deve ser aconselhado a iniciar de imediato profilaxia de acordo com as recomendações apresentadas ( Escala de Trauma ); caso se trate de falso positivo poderá posteriormente suspendê-la - o risco e consequências duma eventual transmissão do VIH sobrepõem-se ao risco de toxicidade duma terapêutica antiretroviral de curta duração ( em geral a confirmação é possível em menos de 1 semana ).

7. Assinatura do Termo de Responsabilidade de aceitação ou não da terapêutica com antiretrovirais (Anexo IV) nos casos de exposição ao VIH.

### **Outras medidas:**

- Comunicação de acidente em serviço ( Auto de Notícia ) para o Serviço Pessoal

- Preencher questionário da CCI entregue no acto de inscrição na Urgência e enviá-lo para a Comissão do Hospital onde foi assistido, logo que possível (Anexo III)

Nos casos de exposição comprovada ao VIH e/ou ao VHC o follow up deve ser sempre efectuado em consulta hospitalar a marcar pela CCI do Hospital de referência após receber as análises e o questionário acima referido.

Nos restantes casos a CCI do Hospital de referência poderá remeter o seguimento do trabalhador acidentado à responsabilidade da instituição a onde exerce funções, se entender não haver necessidade de consulta hospitalar.

## COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO

### Escala de trauma

( Exposição ao VIH )

I - Avaliar as características da exposição e proceder segundo os pontos de soma da escala de trauma

#### 1 - Profundidade da lesão ( cortante ou perfurante )

Sem solução de continuidade da pele	0	
Com solução de continuidade da pele atingindo a epiderme	1	
Com solução de continuidade da pele atingindo a derme	2	
Com solução de continuidade da pele atingindo planos profundos	3	

#### 2 - Sangue do doente visível no material contaminante

Sem sangue visível	0	
Com sangue visível	1	

#### 3 - Contacto com mucosas

Sem contacto com as mucosas	0	
Contacto provável com as mucosas	1	
Contacto evidente com as mucosas	2	
Contacto abundante com as mucosas	3	

#### 4 - Estado virulógico do doente em causa

Carga viral < 50	0	
Carga viral de 50 a < 10 000	1	
Carga viral desconhecida ou a partir de 10 000	2	

<b>Soma de 1 + 2 + 3 + 4</b>		
------------------------------	--	--

**Escala de trauma :**

a) de 0 a 4	- Risco nulo ou muito baixo
b) de 4 a 6	- Risco moderado
c) se maior que 6	- Risco muito elevado

II - Fazer profilaxia de acordo com o ponto I

Início preferencial nas primeiras 4 horas pós exposição

Sem interesse após as 72 horas

a) **Risco nulo ou muito baixo** - Sem necessidade de fazer antiretrovíricos

b) **Risco moderado** - Fazer durante 4 semanas:

AZT (Zidovudina) 250 mg duas vezes/dia

+

3TC (Lamivudina) 150 mg duas vezes/dia

c) **Risco muito elevado** - Juntar ao esquema anterior **Indinavir** 800mg três vezes/dia

# COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO

## QUESTIONÁRIO

Data \_\_\_\_\_

Serviço/Unidade \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Categoria Profissional \_\_\_\_\_ Tempo de Profissão \_\_\_\_\_

Data do acidente: Mês \_\_\_\_\_ Dia da semana \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Actividade no momento do acidente \_\_\_\_\_

Nº de horas de serviço cumpridas antes do acidente \_\_\_\_\_

Tipo de acidente:

◆ Picada  ◆ Corte  ◆ Projecção

◆ Outro  Qual ? \_\_\_\_\_

Local da lesão \_\_\_\_\_ Tipo de objecto \_\_\_\_\_

A exposição ocorreu:

◆ Antes da utilização do objecto

◆ Durante a utilização do objecto

◆ Após a utilização do objecto

Contacto do objecto com sangue ou outros fluídos corporais do doente:

Sim  Não

A exposição foi superficial ou profunda? \_\_\_\_\_

Reacção após o acidente:

◆ Não tomou nenhuma medida

◆ Fez sangrar o local da picada

◆ Lavou com água corrente

◆ Desinfectou o local

Identificação da situação do acidente:

- ◆ Ao proceder ao embainhamento da agulha
  - ◆ Ao retirar a agulha do doente
  - ◆ Agulha/lâmina deixada em local impróprio
  - ◆ Gesto intempestivo do doente
  - ◆ Ao depositar agulha/lâmina no contentor
  - ◆ Na manipulação de lixo/roupa suja
  - ◆ Contentor demasiado cheio
  - ◆ Agulha/lâmina usada para fins impróprios
  - ◆ Outra situação  Especificar qual \_\_\_\_\_
- 
- 

Procedeu-se à identificação do doente envolvido no acidente ?

Sim  Não

Se sim, identificação (colar etiqueta ou preencher)

Nome: \_\_\_\_\_

Serviço \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

---

Tinha conhecimento da situação do doente relativamente a:

Hepatite B  Sim  Não

Hepatite C  Sim  Não

VIH (SIDA)  Sim  Não

Se sim, assinalar se o doente é portador de:

◆ Ag HBs (vírus da Hepatite B)  ◆ VIH 1 (vírus da imunodeficiência humana)

◆ VHC (vírus da hepatite C)  ◆ VIH 2 (vírus da imunodeficiência humana)

◆ Outra doença infecciosa  Especificar qual \_\_\_\_\_

Quais as barreiras protectoras que utilizava quando ocorreu o acidente?

◆ Luvas  ◆ Óculos  ◆ Máscara

◆ Avental  ◆ Nenhuma

Foi colhido sangue ao doente envolvido para determinação de Ag HBs, VHC e VIH ?

Sim  Não

Se sim, tem conhecimento do resultado? Qual? \_\_\_\_\_

Foi colhido sangue ao funcionário acidentado para determinação de Ag HBs, VHC e VIH ?

Sim  Não

Se sim qual o resultado ? \_\_\_\_\_

Situação vacinal do acidentado (VAHB):

◆ Não vacinado  ◆ Vacinado - 1ª dose

◆ Vacinado - 2ª dose  ◆ Vacinado - 3ª dose

Data da última vacina \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Após vacinação fez análise para avaliar a eficácia da vacina (titulação do Ac HBs) ?

Sim  Não

Se sim qual o resultado ? \_\_\_\_\_

Iniciou terapêutica anti-retroviral ?

Sim  Não

Opiniões / sugestões do acidentado

---

---

---

---

---

---

---

O Acidentado

---

## COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

#### Consentimento para uso profilático de antiretrovirais

Está documentada a eficácia da utilização de terapêutica antiretroviral na prevenção da transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana ( VIH ), após exposição accidental a este vírus.

Está estimado que a sua eficácia é tanto maior quanto mais precocemente for iniciada após o contacto.; estudos efectuados até ao momento actual, neste âmbito, apontam para uma duração de terapêutica de 4 semanas.

A sua utilização, tal como a de qualquer outro medicamento, poderá ter efeitos secundários indesejáveis.

Dado que são drogas cuja eficácia e toxicidade a longo prazo ainda não são bem conhecidas, é necessário obter o seu consentimento para que receba ou não tal tratamento.

Eu, abaixo assinado declaro que, por ter sofrido acidente em serviço com exposição a material contaminado com VIH, não desejo/desejo efectuar o tratamento proposto com \_\_\_\_\_

Declaro que tomei conhecimento da possibilidade de ocorrência de eventuais efeitos secundários e de que a eficácia e toxicidade deste tratamento, a longo prazo, ainda não são conhecidas.

**Nome:**

**Data:**

**Assinatura:**