

6. DOENÇAS INFECCIOSAS

6.5 PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

- **Avaliação do risco**

- **Tipo de exposição:** picada com agulha (com/sem envolvimento de vaso), ferimentos com material ou instrumentos cortantes (lesão percutânea), contacto directo de mucosas (nasal, oral ou ocular) e pele não íntegra com sangue ou materiais orgânicos contaminados, mordedura com exposição de sangue.

- **Tipo de fluído biológico:**

- Elevado risco: sangue, líquido, líquido pleural, pericárdico, peritoneal, sinovial e amniótico, semen e fluido vaginal
- Baixo risco (*desde que não conspurcados visivelmente com sangue*): suor, lágrimas, fezes, urina (sem sangue), vômito, secreções nasais, saliva e expectoração → contactos com estes não requerem profilaxia

- **Medidas gerais**

- Relatório onde conste (data e hora da exposição, detalhes do ato que estava a ser prestado [tipo de instrumento utilizado, produto biológico que estava a ser manuseado], informações sobre a fonte [se disponíveis, nomeadamente se infecção VIH/VHB/VHC conhecida, carga viral, estágio da doença, historial da medicação anti-retroviral/ resistências], estado vacinal do profissional de saúde e resposta imunológica
- Lavagem com água e sabão das lesões cutâneas (não há evidência de eficácia superior com uso de anti-sépticos) e irrigação com água das mucosas. NÃO RECOMENDADO uso de agentes cáusticos ou compressão do local lesado (promove hiperémia)

- **Abordagem diagnóstica (após consentimento informado)**

- Notificação da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar/Medicina do Trabalho.

- **Fonte:** serologias virais para VHB (AgHBs), VHC (antiVHC) e VIH (teste de 4ª geração, com pesquisa de do Ag p24); se positivos, pedir carga viral
- **Indivíduo exposto:** Anti VIH, AgHBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc, Anti-VHC, hemograma e transaminases hepáticas. Teste de gravidez.

• Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH)

- O risco estimado de infecção VIH após exposição percutânea é de 0,3%. A exposição a uma fonte com carga viral não detectável, não elimina a possibilidade de transmissão VIH ou a necessidade de PPE ou de follow-up. Risco de infecção VIH se lesão percutânea (agulha ou objecto cortante), contacto de pele não integra ou mucosas com tecidos, sangue ou outros fluidos potencialmente infectantes.
- Início da profilaxia deve ser IMEDIATO nas situações de risco (não atrasar início até ao resultado das serologias), idealmente nas primeiras 2h após exposição podendo estender-se até às 72h, sabendo que a eficácia será menor. Ainda assim, não existe bem definido um tempo absoluto após o qual a profilaxia não possa ser administrada.
- Esquemas profiláticos preconizados (1ª linha):

Tenofovir (TDF) 300 mg + Emtricitabina (FTC) 200 mg/dia (Truvada®) 1xdia
 ou Tenofovir (TDF) 300 mg 1xd +Lamivudina 300mg 1xd
 + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) 400 mg/100 mg 12/12h ou Atazanavir/ ritonavir
 (ATV/r) 300 mg/100 mg 1x/dia

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach: December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. OMS/WHO2014)

Tenofovir (TDF) 300 mg + Emtricitabina (FTC) 200 mg/dia (Truvada®) 1xdia
 + Raltegravir (RAL) 400 mg 12/12h ou Dolutegravir (DTG) 50 mg/dia

HIV prophylaxis following occupational exposure guidelines, New York Department of Health AIDS Institute. Oct 2014

- Manutenção da profilaxia por 28 dias. Cessação se fonte não infectada e sem exposição de risco nos últimos 6 semanas (se exposição de risco, está recomendado a pesquisa de RNA VIH).
- Ter atenção a possíveis interações medicamentosas

• **Follow up**

- Avaliação da adesão e efeitos adversos da terapêutica.
- Hemograma, transaminases e função renal após contacto, à 2ª e 4ª-6ª semanas
- Anti-VIH após contacto, entre a 4ª-6ª semanas, à 12ª semana e aos 6 meses (poderá ser suspensa aos 4 meses se estiver a ser usado um teste de 4ª geração).

• **Infecção pelo vírus da hepatite B (VHB)**

- Risco médio de infecção após exposição percutânea (fonte infectada) de 22-31% se AgHBe+ e de 1-6% se AgHBe-.
- Profilaxia pós exposição (fonte AgHBs+ ou estado desconhecido mas alta probabilidade de infecção - toxicodependente, promiscuidade sexual ou origem de área de incidência AgHBs χ 2%)
- Profissionais imunizados (AcHBs χ a 10mIU/mL) não necessitam de profilaxia pós exposição.
- Profissionais não imunizados, vacinados sem doseamento disponível de AcHBs ou não respondedores (AcHBs < a 10mIU/mL) tomam de imunoglobulina humana hiperimune anti-hepatite B (IGHB - 0,06mL/Kg IM) e iniciam esquema vacinal (a vacina deve ser administrada no membro contralateral ao local de administração da IGHb; preconizadas 3 doses - 0, 1-2 e 6 meses)
- Administração precoce (idealmente até às 24h pós-exposição). Não administrar IGHb após 14 dias.
- *Follow-up*
 - Vigilância de sinais de hepatite aguda.
 - AcHBs após 1-2 meses após 3ª toma da vacina.

• Infecção pelo vírus da hepatite C (VHC)

- Risco médio de infecção pós-exposição percutânea (agulha oca) acidental de 1,8%. Risco de infecção por exposição da mucosa negligenciável.
- Não existe profilaxia pós exposição eficaz disponível.
- *Follow-up*:
 - Se fonte Anti-VHC negativo, sem necessidade de seguimento
 - Se fonte Anti-VHC positivo (com ou sem RNA VHC detectável) ou estado imunológico desconhecido, doseamento de Anti-VHC e transaminases hepáticas no momento, ao 1º, 3º e 6º meses após exposição. Em qualquer momento, se anti-VHC positivo, confirmar com doseamento de RNA VHC.
- Se detectada elevação das transaminases, doseamento de RNA VHC para despiste de infecção aguda - considerar tratamento com interferão (eficácia até 98%).