

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**

**ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ  
ΣΕ ΧΩΡΟΥΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΑΘΗΝΑ 2007**

#### **ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΒΟΥΤΣΙΝΑΣ Δ.**, Δ/ντης Γ΄ Παθολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»  
**ΠΗΡΟΥΝΑΚΗ Μ.**, Επιμελητής Β΄ Κρατική Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»  
**ΠΟΤΑΜΟΥΣΗ Π.**, Επιμελητής Α΄ - Α Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Α. Βούλας «Ασκληπιείο»  
**ΡΟΥΜΠΕΛΑΚΗ Μ.**, Νοσηλεύτρια Λοιμώξεων, Νοσοκομείο ΠΑ.Γ.Ν.Ηρακλείου  
**ΤΣΕΡΩΝΗ Μ.**, Νοσηλεύτρια, Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Μικροβιακής Αντοχής & Στρατηγικής Χρήσης Αντιβιοτικών, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

#### **ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ:**

**ΜΑΡΙΝΗΣ Ε.**, Επίτιμος Δ/ντης Μικροβιολογικού Εργαστηρίου Ν.Ν.Θ.Α. «Σωτηρία»  
**ΞΗΡΟΥΧΑΚΗ Ε.**, Αν. Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών»

#### **ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ:**

**ΜΑΛΤΕΖΟΥ Ε.**, Παιδίατρος – Λοιμωξιολόγος, Υπεύθυνη Γραφείου Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Μικροβιακής Αντοχής και Στρατηγικής Χρήσης Αντιβιοτικών, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.  
**ΜΑΡΑΓΚΟΣ Α.**, Νοσηλεύτης, Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Μικροβιακής Αντοχής και Στρατηγικής Χρήσης Αντιβιοτικών, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**  
**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ  
ΚΑΙ  
ΓΡΑΦΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ  
ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΝΤΟΧΗΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ**

**ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ  
ΣΕ ΧΩΡΟΥΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΑΘΗΝΑ 2007**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΟΡΙΣΜΟΙ

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΔΗΓΙΩΝ

### ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

1. Οργάνωση
2. Υγειονομική αξιολόγηση προσωπικού
3. Εκπαίδευση προσωπικού

### ΕΙΔΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

- A.** Αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα
  - A1. Ηπατίτιδα Β
  - A2. Ηπατίτιδα C
  - A3. HIV
- B.** Ανεμευλογιά
- Γ.** Γαστρεντερίτιδα (οξεία)
  
- Ε.** Επιπεφυκίτιδα
- Στ.** Έρπης απλούς
- Z.** Ερυθρά
- Η.** Ευλογιά-Δαμαλίτιδα
- Θ.** Ηπατίτιδα Α
- Ι.** Ιλαρά
- ΙΑ.** Ιογενείς λοιμώξεις αναπνευστικού
  - α) Γρίπη
  - β) Αναπνευστικός συγκυτιακός ιός (RSV)
- ΙΒ.** Κοκκύτης
- ΙΓ.** Κυτταρομεγαλοϊός (CMV)
- ΙΔ.** Λύσσα
- ΙΕ.** Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος
- ΙΣτ.** Παρβοϊός Β19
- ΙΖ.** Παρωτίτιδα
- ΙΗ.** Πολιομυελίτιδα
- ΙΘ.** Σταφυλοκοκκική λοίμωξη και φορεία (*Staphylococcus aureus*)
- Κ.** Στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις (Στρεπτόκοκκοι ομάδας Α-GAS)
- ΚΑ.** Φυματίωση
- ΚΒ.** Ψώρα και φθειρίωση

### ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

1. Έγκυοι
2. Εργαστηριακοί
3. Προσωπικό τμημάτων επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ)
4. Προσωπικό εμπλεκόμενο σε επιδημίες μικροβιακών λοιμώξεων
5. Ευαισθησία σε latex

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΟΡΙΣΜΟΙ**

Με τον όρο προσωπικό νοούνται όλοι οι εργαζόμενοι στους Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ιατρεία, ΕΚΑΒ κ.λ.π.) έμμισθοι και άμισθοι, μόνιμοι ή και περιστασιακά απασχολούμενοι, που υπάρχει πιθανότητα να εκτεθούν σε μολυσματικό υλικό περιλαμβανομένων των επιφανειών του σώματος, βιολογικών υγρών, ιστών, εργαλείων, επιφανειών αντικειμένων και μολυσμένου αέρα. Έτσι εκτός του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού περιλαμβάνονται τυχόν ασκούμενοι φοιτητές, εργαστηριακοί, αποκλειστικές νοσοκόμοι, το προσωπικό καθαριότητας καθώς επίσης και προσωπικό μη άμεσα εμπλεκόμενο στη φροντίδα ασθενών αλλά για το οποίο υπάρχει το ενδεχόμενο έκθεσης σε βιολογικούς παράγοντες.

Η μετάδοση των λοιμώξεων από ασθενείς σε προσωπικό αλλά και αντίστροφα γίνεται με τους συνήθεις τρόπους μετάδοσης των λοιμώξεων οι οποίοι συνοψίζονται παρά κάτω:

α) Άμεση επαφή: Επίνοσο άτομο έρχεται σε επαφή σώμα με σώμα με πάσχοντα

β) Έμμεση επαφή: Επίνοσο άτομο έρχεται σε επαφή με μολυσμένο αντικείμενο

γ) Μετάδοση με σταγονίδια : Επαφή βλεννογόνου (επιπεφυκότος, ρινικού κ.λ.π.) με σταγονίδια παραγόμενα από πάσχοντα από λοίμωξη (με βήχα, παρμό, ομιλία ή κατά τη διάρκεια αναρροφήσεων, βρογχοσκόπησης κ.λ.π.). Η μετάδοση γίνεται μόνο αν η απόσταση επινόσου και πάσχοντος είναι μικρή (<1 m)

δ) Αερογενής μετάδοση: Επαφή με πυρήνες σταγονιδίων περιεχόντων μικροοργανισμούς που παραμένουν αιωρούμενοι επί μακρόν ή με μολυσμένη σκόνη. Με τον τρόπο αυτό ο λοιμογόνος παράγοντας μπορεί να διασπαρθεί σε μεγάλη έκταση.

ε) Μετάδοση με κοινό όχημα: Αναφέρεται σε έκθεση σε μολυσμένο υλικό για το οποίο υπάρχει δυνατότητα έκθεσης πολλών ατόμων, όπως νερό, τρόφιμα κ.λ.π..

## **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ :**

Τα μέτρα που λαμβάνονται για προφύλαξη του προσωπικού αξιολογούνται σε τρεις κατηγορίες :

**Κατηγορία ΙΑ:** Μέτρα γενικής αποδοχής που υποστηρίζονται από καλά σχεδιασμένες πειραματικές ή επιδημιολογικές μελέτες

**Κατηγορία ΙΒ:** Μέτρα που έχουν τύχει επίσης γενικής αποδοχής αλλά η επιστημονική απόδειξη της αποτελεσματικότητας τους δεν είναι τόσο καλά τεκμηριωμένη.

**Κατηγορία ΙΙ:** Μέτρα που έχουν υιοθετηθεί από ορισμένα νοσοκομεία. Η επιστημονική τους βάση είναι θεωρητική ή βασίζεται σε μελέτες που δεν είναι βέβαιο ότι έχουν γενικότερη ισχύ. Πιθανόν να είναι χρήσιμα σε συγκεκριμένα κέντρα ή κάτω από ορισμένες συνθήκες .

## **ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ:**

1. Οργάνωση: Θα πρέπει να υπάρχει ένα συντονιστικό όργανο στο οποίο θα συμμετέχει υποχρεωτικά η Ομάδα Εργασίας και Επέμβασης (ΟΕΕ) της Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (Ε.Ν.Λ.), ο ιατρός εργασίας, οι επισκέπτριες υγείας που ασχολούνται με τους εμβολιασμούς, ο επόπτης υγείας, ένας ιατρός υγειονόλογος, ένας διοικητικός υπάλληλος για γραμματειακή υποστήριξη. Έργο του οργάνου αυτού θα είναι ο συντονισμός και η παρακολούθηση των λοιμώξεων του προσωπικού. Το όργανο αυτό θα παρακολουθεί την τήρηση των κανόνων πρόληψης έκθεσης του προσωπικού, θα καταγράφει τις εκθέσεις και τα

λαμβάνομενα μετά την έκθεση προληπτικά μέτρα. Θα πρέπει να φροντίζει για την άμεση διαθεσιμότητα των απαραίτητων εμβολίων και άλλων προληπτικών μετά έκθεση θεραπευτικών μέσων. Θα καταγράφει ακόμα λοιμώδη νοσήματα μελών του προσωπικού που απαιτούν αποκλεισμό από την εργασία και θα ορίζει τον (τους) αρμόδιο(-ους) για να αποφασίζουν τον αποκλεισμό και την επάνοδο του ασθενούς στα καθήκοντά του. Για τη σωστή λειτουργία του όλου συστήματος θα πρέπει να συντάσσει πρωτόκολλα (με τη βοήθεια της Επιστημονικής Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του ΚΕΕΛ), την εφαρμογή των οποίων και θα επιβλέπει. Τέλος θα συντονίζει τυχόν απαιτούμενες επιδημιολογικές έρευνες. Στην έννοια του προσωπικού περιλαμβάνεται όχι μόνο το μόνιμο αλλά και το περιστασιακά ασχολούμενο (IB)

2. Υγειονομική αξιολόγηση προσωπικού : Αμέσως με την πρόσληψή του το προσωπικό θα πρέπει να ελέγχεται για την κατάσταση εμβολιασμού του, να γίνεται φυματινοαντίδραση και επί πλέον έλεγχος για το κατά πόσον υπάρχει πάθηση που προδιαθέτει σε απόκτηση ή μετάδοση λοίμωξης. Θα πρέπει ακόμα να τηρείται αρχείο εμβολιασμών και παρακολούθησης της φυματινοαντίδρασης (IB)
3. Εκπαίδευση προσωπικού: Απαιτείται συνεχής και βάσει προγράμματος εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα ελέγχου των λοιμώξεων με έμφαση στα : (1) πλύσιμο χεριών, (2) τρόπους μετάδοσης των κυριότερων λοιμωδών νοσημάτων και συμμόρφωση με τους βασικούς κανόνες πρόληψης, (3) σημασία αναφοράς ορισμένων ιδιαίτερα μολυσματικών νοσημάτων όπως εξανθηματικών, (4) έλεγχο μετάδοσης φυματίωσης, (5) σημασία συμμόρφωσης με τις καθολικές προφυλάξεις μετάδοσης των αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, (6) εμβολιασμούς. Επί πλέον πρέπει να υπάρχουν σε κάθε τμήμα άμεσα διαθέσιμες πάντοτε γραπτές οδηγίες (IB)

## **ΕΙΔΙΚΑ ΜΕΤΡΑ:**

### **A. Αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα :**

Τα σημαντικότερα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα είναι οι ηπατίτιδες B και C και η HIV λοίμωξη.

#### **A1. Ηπατίτιδα B**

Η νοσοκομειακή μετάδοση της ηπατίτιδας B συνιστά σημαντικό κίνδυνο για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αν και σήμερα έχει σημαντικά μειωθεί με τον εμβολιασμό και την εφαρμογή των καθολικών μέτρων προστασίας.

Μεταδίδεται με έκθεση σε αίμα και άλλα περιέχοντα ορό βιολογικά υγρά ασθενούς HbsAg θετικού, διαδερμικά ή διά των βλεννογόνων. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος αν το άτομο είναι και θετικό για το HbeAg (30%). Ο χρόνος επώασης είναι 45 – 180 ημέρες (συνήθως 60 –90 ημέρες)

Σήμερα διατίθενται εμβόλια περιέχοντα γενετικά ανασυνδυασμένο HbsAg. Τα εμβόλια αυτά είναι λίαν αποτελεσματικά. Μικρό ποσοστό των εμβολιαζόμενων δεν απαντά. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο σε αιμοκαθαιρόμενους. Ωστόσο αρκετοί από αυτούς μπορεί να απαντήσουν σε επανεμβολιασμό. Ο τίτλος των αντισωμάτων που παράγονται κατόπιν εμβολιασμού μειώνεται με την πάροδο του χρόνου και στο 60% παύουν να ανιχνεύονται μετά από 8 - 12 έτη. Παρά ταύτα τα άτομα αυτά σε περίπτωση έκθεσης στον ιό μπορούν να παραγάγουν έντονη αντισωματική απάντηση και έτσι δεν συνιστάται περιοδικός επανεμβολιασμός.

Σε περίπτωση έκθεσης σε ηπατίτιδα η ειδική υπεράνοσος γ-σφαιρίνη (HBIG) είναι αρκετά αποτελεσματική, ιδιαίτερα αν χορηγείται εντός 24ώρου. Στη συνέχεια

μειώνεται σταδιακά η αποτελεσματικότητά της. Ταυτόχρονα πρέπει να χορηγείται και η πρώτη δόση του εμβολίου. Σε περίπτωση έκθεσης ατόμου που είναι γνωστό ότι δεν απάντησε σε εμβολιασμό χορηγούνται δύο δόσεις HIBG,

η πρώτη άμεσα και η δεύτερη ένα μήνα μετά ( Πίν. I ).

#### **Συστάσεις:**

- Κάθε εργαζόμενος στο χώρο της υγείας ιδιαίτερα αν κατά την άσκηση των καθηκόντων του υπάρχει όχι μόνο τακτικός αλλά και τυχαίος (πχ. προσωπικό καθαριότητας) κίνδυνος έκθεσης σε αίμα και άλλα βιολογικά υγρά, πρέπει να εμβολιάζεται για ηπατίτιδα Β ( Πίν. II ) (IA).
- Για τους επαγγελματίες υγείας, που έχουν εμβολιαστεί στο παρελθόν και δεν έχουν ελεγχθεί ως προς την αντισωματική ανταπόκριση, συνιστάται έλεγχος του τίτλου anti-HBs και στη συνέχεια επαναληπτική δόση του εμβολίου, αν χρειάζεται (CCDR 1998).
- Σε περίπτωση που το ιστορικό του εμβολιασμού δεν είναι σαφές, συνιστάται εκ νέου εμβολιασμός (European Consensus Group on Hepatitis B Immunity 2000).
- Κάθε νέος εμβολιαζόμενος θα πρέπει να ελέγχεται 1 – 2 μήνες μετά την τρίτη δόση για απάντηση στον εμβολιασμό. Αυτοί που δεν απαντούν αντισωματικά πρέπει να επανεμβολιάζονται (IA).
- Τα άτομα που δεν απαντούν στον επανεμβολιασμό είναι φρόνιμο να παραπέμπονται για έλεγχο που να περιλαμβάνει και αναζήτηση anti-HBc (IB).
- Περιοδικός έλεγχος των ατόμων με ορομετατροπή δεν απαιτείται, ενώ έλεγχος προ του εμβολιασμού γίνεται μόνο αν κρίνεται ότι στο συγκεκριμένο κέντρο αυτός είναι οικονομικότερος (IA).
- Τυχόν μη απαντητές, ιδίως αυτοί που βρίσκονται σε κρίσιμες θέσεις εργασίας (π.χ., μονάδες αιμοκάθαρσης) πρέπει να ελέγχονται ανά εξάμηνο (IA).
- Κάθε επίνοσο άτομο που εκτίθεται στη νόσο (τρύπημα κλπ) πρέπει να λαμβάνει υπεράνοση σφαιρίνη και να αρχίζει ταυτόχρονα εμβολιασμό ( Πίν. I ) (IA).

#### **A2. Ηπατίτιδα C :**

Ο HCV αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Στις ΗΠΑ 1-2% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι οροθετικοί για ηπατίτιδα C. Ο κύριος τρόπος μετάδοσης είναι διαδερμικά, είτε με τρύπημα με βελόνα ή με κόψιμο με αιχμηρό αντικείμενο. Ο κίνδυνος μετά από διαδερμική έκθεση έχει βρεθεί ότι είναι 1.8% (0 – 7%), αν το άτομο, στο αίμα του οποίου ο εργαζόμενος εξετέθη, είναι anti-HCV (+), αλλά RNA-HCV(-) και >>10% αν αυτό είναι και RNA-HCV(+). Ο προσδιορισμός του RNA-HCV γίνεται με τη μέθοδο της αλυσωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR).

Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 1 ½ - 2 μήνες και η πλειονότητα των νοσούντων θα μεταπέσει σε χρονιότητα με ιαιμία και συνεπώς μεταδοτικότητα. Τα αιχνεύόμενα στον ορό αντισώματα δεν είναι προστατευτικά, ούτε είναι γνωστό ανοσοποιητικό αντιγόνο του ιού. Έτσι είναι δύσκολη η παρασκευή του σχετικού εμβολίου. Η κοινή γ-σφαιρίνη η οποία σήμερα παράγεται από αίμα ατόμων αρνητικών για anti-HCV δεν φαίνεται να παρέχει προστασία, ενώ δεν έχει μελετηθεί η αποτελεσματικότητά της χορήγησης αντικών παραγόντων, όπως ιντερφερόνη α. μετά την έκθεση.

#### **Συστάσεις:**

- Η κοινή άνοση σφαιρίνη δεν έχει καμία αξία και συνεπώς ένδειξη (IB).
- Για εκτεθέντα άτομα απαιτείται αρχικός ορολογικός έλεγχος και επανέλεγχος με anti-HCV και ALT στους 4-6 μήνες ή / και έλεγχος με HCV-RNA στις 6 εβδομάδες (IB).
- Επί θετικού αποτελέσματος, παραπομπή σε ειδικό ιατρό για το ενδεχόμενο χορήγησης θεραπείας (Πίν. 10, 11, 12).

### **A3. HIV :**

Ο κίνδυνος μόλυνσεως με **HIV** είναι πολύ μικρότερος εκείνου των ηπατιτίδων Β και C και εκτιμάται περί το 0.3%. Παράγοντες κινδύνου για μετάδοση σύμφωνα με μία μελέτη θεωρούνται η παρουσία ορατού αίματος στη βελόνη ή το νυστέρι και τρυπήματα κατ' ευθείαν σε αγγείο και βαθύ τραυματισμό. Οι κοίλες βελόνες, λόγω του περιεχομένου στον αυλό τους αίματος, συνιστούν μεγαλύτερο κίνδυνο από εκείνες ραφής. Η κατάσταση του πάσχοντος (ποσότητα HIV-RNA) έχει επίσης σημασία, όμως μηδενικό ιικό φορτίο στον ασθενή δεν είναι βέβαιο ότι κάνει αυτόν μη μεταδοτικό. Η πλειονότητα των μολυνομένων καθίσταται οροθετική εντός 6μήνου από την έκθεση.

#### **Συστάσεις :**

- Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ακολουθούνται οι καθολικές προφυλάξεις (βλ. κατωτέρω) για αποφυγή έκθεσης. (IA).
- Η μετά την έκθεση πρόληψη πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες συστάσεις του ΚΕΕΛ (βλέπε τις κατευθυντήριες οδηγίες για αντιρετροϊκή αγωγή) και μπορεί να απαιτήσει τη χορήγηση προφυλακτικής αντιρετροϊκής αγωγής (IB). (Πίν. IV, V, VI).

#### **Καθολικές προφυλάξεις (Universal precautions) :**

Ο όρος αναφέρεται στο ότι οι ίδιες προφυλάξεις πρέπει να ακολουθούνται για κάθε άτομο, ασχέτως αν είναι ή όχι μολυσμένο και συνίστανται βασικά στη με οποιοδήποτε τρόπο αποφυγή επαφής με αίμα, άλλα βιολογικά υγρά και ιστούς του πάσχοντος. Ειδικότερα για τις χειρουργικές επεμβάσεις συνιστώνται τα ακόλουθα :

α) *Διοικητικά μέτρα* : Εκπαίδευση του προσωπικού σε μέτρα ελέγχου μετάδοσης λοιμώξεων. Απαγόρευση παραμονής στο χώρο του χειρουργείου ατόμων μη απαραίτητων.

β) *Προστατευτική ενδυμασία* : Ενδυμασία, μάσκα και ποδονάρια αδιάβροχα, διπλά γάντια, προστασία οφθαλμών. Γενικά η προστατευτική ενδυμασία πρέπει να παρέχει πλήρη προστασία ανάλογα με την επέμβαση

γ) *Τροποποίηση της εγχειρητικής τεχνικής*. Απόλυτη εφαρμογή της τεχνικής “μη επαφής”. Χρησιμοποιούνται εργαλεία και όχι τα δάκτυλα για το χειρισμό βελονών και άλλων οξέων οργάνων καθώς και για την προστασία των πέριξ ιστών από κακώσεις. Τα εργαλεία μεταφέρονται κατά τρόπο ακίνδυνο για τον αποδέκτη με τη χρήση “ουδετέρων ζωνών” και γίνεται επίσης προφορική αναγγελία της μεταφοράς. Περιοδική αλλαγή λερωμένων γαντιών και μιατισμού κατά τη διάρκεια της επεμβάσεως.

δ) *Βοήθεια από νέα τεχνολογία*. Σχεδιασμοί ασφαλέστερων νυστεριών, βελονών και ανθεκτικότερων γαντιών.

ε) *Στενή συνεργασία χειρουργού και επιδημιολόγου*.

Παρ' ότι αναγνωρίζεται γενικά ότι οι προφυλάξεις αυτές στην πράξη είναι πολύ δύσκολο να αποτελούν ρουτίνα, θεωρούνται ότι αποτελούν την αποτελεσματικότερη μέθοδο προστασίας του προσωπικού. Έλεγχος των ασθενών και εφαρμογή των μέτρων μόνο για θετικούς δεν είναι πάντοτε δυνατός, ούτε μπορεί να γίνει χωρίς τη συγκατάθεση των ασθενών, αλλά ούτε και ένα αρνητικό αποτέλεσμα (κυρίως για



HIV), αποκλείει με βεβαιότητα το ότι ο ασθενής δεν είναι μεταδοτικός (περίοδος παραθύρου). Στα τμήματα επειγόντων περιστατικών τέτοιος έλεγχος είναι ουσιαστικά αδύνατος. Κέντρα που υιοθετούν την πολιτική ελέγχου ρουτίνας των ασθενών δημιουργούν στο προσωπικό ψευδές αίσθημα ασφαλείας. Προσωπικό μολυσμένο με κάποιο από τα ανωτέρω παθογόνα θεωρείται ότι, εφ' όσον δεν εκτελεί επεμβατικές πράξεις, δεν συνιστά κίνδυνο για τους ασθενείς και συνεπώς δεν απαιτούνται περιορισμοί στην εργασία του. Για προσωπικό που εκτελεί επεμβατικές πράξεις δεν υπάρχει ομοφωνία για την έκταση των περιορισμών, δηλ. αν και κατά πόσο μπορεί να εκτελεί τουλάχιστο ορισμένες πράξεις που θεωρητικά ενέχουν μικρό κίνδυνο μετάδοσης.

### **B) Ανεμευλογιά :**

Η νοσοκομειακή μετάδοση της νόσου είναι αρκετά συνήθης. Πηγή αποτελούν ασθενείς, μέλη του προσωπικού αλλά και επισκέπτες νοσούντες είτε από ανεμευλογιά είτε από ζωστήρα. Η νόσος ως γνωστόν στους ενήλικες έχει βαρύτερη πορεία και αυξημένη συχνότητα επιπλοκών. Στις ΗΠΑ μεταξύ των ετών 1990 και 1994, η ανεμευλογιά είχε επίπτωση < 5% σε άτομα άνω των 20 ετών. Στην ίδια περίοδο η θνητότητα από τη νόσο ήταν πολύ μεγαλύτερη στην ίδια ομάδα ηλικιών, όπου συνέβη το 55% των θανάτων. Έγκυοι, πρόωρα νεογνά μητέρων επιπόσων στην ανεμευλογιά, νεογνά που γεννήθηκαν πριν την 28<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης ή με βάρος κατά τη γέννηση < 1000 g ασχέτως ανοσίας της μητέρας και ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση επιπλοκών.

Ο χρόνος επώασης είναι 10 –21 ημέρες (συνήθως 14 –16 ημέρες). Σε ανοσοκατασταλμένα άτομα μπορεί να είναι βραχύτερος, ενώ σε ασθενείς που έχουν λάβει υπεράνοση γ-σφαιρίνη μπορεί αυτός να παραταθεί μέχρι 28 ημέρες. Ο ασθενής μεταδίδει 2 ημέρες πριν, έως και 5 ημέρες μετά την έκθυση του εξανθήματος. Η μετάδοση γίνεται αερογενώς καθώς και με επαφή με τις βλάβες.

Το ιστορικό νόσησης έχει υψηλή θετική προγνωστική αξία για ορολογική ανοσία (97 – 99%), ενώ οι περισσότεροι ενήλικες με ασαφές ή αρνητικό ιστορικό είναι συνήθως οροθετικοί (71 – 93%). Έτσι για τα νοσηλευτικά ιδρύματα ορολογικός έλεγχος πριν τον εμβολιασμό μπορεί να είναι συμφερότερος του γενικού εμβολιασμού. Υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι ορολογικού ελέγχου, από τις οποίες η συγκολλητινοαντίδραση με σωματίδια latex θεωρείται αρκετά ευαίσθητη και ειδική.

Από το 1995 υπάρχει εμβόλιο από ζωντανό εξασθενημένο στέλεχος ιού. Για πλήρη προστασία ατόμων > 13 ετών απαιτούνται δύο δόσεις με απόσταση 4 –8 εβδομάδων. Μετά την ολοκλήρωση του εμβολιασμού επιτυγχάνεται ορομετατροπή στο 99% των εμβολιαζομένων, η οποία ως σημειωθεί δεν σημαίνει οπωσδήποτε και προστασία. Συνεπώς δεν απαιτείται ορολογικός έλεγχος επιτυχίας του εμβολιασμού. Ο εμβολιασμός παρέχει πλήρη προστασία στο 75% των εμβολιαζομένων και προστασία από βαριά νόσο στο 95%, τουλάχιστον για διάστημα 10 ετών. Σε μελέτες όπου οι εμβολιασθέντες παρακολούθηθηκαν για 9 έτη διαπιστώθηκε ότι 1-4% από αυτούς ανά έτος, ανάλογα με το διάστημα από τον εμβολιασμό, νοσούν από ανεμευλογιά. Η νόσος στις περιπτώσεις διατρέχει ηπίως (<50 βλάβες, βραχύτερη διάρκεια νόσου) και οι ασθενείς είναι λιγότερο μεταδοτικοί. Μετά την πρώτη δόση, 3,8% των παιδιών και 5,5% των ενηλίκων και μετά τη δεύτερη 0.9% των εφήβων και ενηλίκων παρουσιάζουν διάχυτο εξάνθημα με λιγότερο από 5 βλάβες. Μετάδοση του ιού από εμβολιασθέντες εκτιμάται ότι συμβαίνει σε <1% των παιδιών. Δεν υπάρχουν στοιχεία για ενήλικες.

Επίνοσο προσωπικό που εκτέθηκε σε ανεμευλογιά έχει πιθανότητα να καταστεί μεταδοτικό μεταξύ 10<sup>ης</sup> και 21<sup>ης</sup> ημέρας από την έκθεση. Η υπεράνοση γ-σφαιρίνη δεν

συνιστάται για χρήση σε εκτεθέντα ανοσοεπαρκή μέλη του προσωπικού γιατί δεν είναι πάντοτε προστατευτική αλλά απλά μπορεί να παρατείνει το χρόνο επώασης και είναι επιπλέον έχει υψηλό κόστος. Η χρήση της συνιστάται μόνο για ανοσοκατασταλμένα (κυρίως HIV θετικά) μέλη του προσωπικού και εγκύους. Για τα ανοσοεπαρκή άτομα χημειοπροφύλαξη με ακυκλοβίρη πιθανόν να είναι πιο αποτελεσματική και πιο οικονομική.

#### **Συστάσεις :**

- Όλα τα επίνοσα μέλη του προσωπικού, ιδίως αυτά που έχουν αυξημένο κίνδυνο έκθεσης στη νόσο πρέπει να εμβολιάζονται (IA) (Πίν. II).
- Ορολογικός έλεγχος πριν τον εμβολιασμό αποφασίζεται από το συγκεκριμένο κέντρο με βάση τη σχέση κόστους οφέλους (IB).
- Δεν απαιτείται ορολογικός έλεγχος μετά τον εμβολιασμό (IB).
- Λόγω έλλειψης στοιχείων δεν υπάρχει σύσταση για εμβολιασμό επινόσων ατόμων μετά την έκθεση.
- Σε κάθε νοσηλευτήριο πρέπει να υπάρχουν γραπτές οδηγίες για την αντιμετώπιση τόσο των επινόσων όσο και των εμβολιασθέντων μελών του προσωπικού του μετά από έκθεση (IB) (Πίν. I).
- Μη άνοσα μέλη του προσωπικού που εκτίθενται σε ανεμοευλογία πρέπει να ελέγχονται ορολογικά (IB) και εάν είναι αρνητικά να επανελέγχονται για τυχόν ορομετατροπή 5-6 ημέρες μετά (IB).
- Εκτεθέντα μη άνοσα μέλη του προσωπικού αποκλείονται από τα καθήκοντά τους από την 10<sup>η</sup> ημέρα μετά την πρώτη έκθεση μέχρι και την 21<sup>η</sup> από την τελευταία (28<sup>η</sup> αν έχει χορηγηθεί υπεράνοση γ-σφαιρίνη) (IB).
- Το αυτό ισχύει και για εμβολιασμένα μέλη που δεν έχουν αναπτύξει αντισώματα (IB).
- Σε επίνοσους εκτεθέντες δεν πρέπει να χορηγείται υπεράνοση γ-σφαιρίνη εκτός αν πρόκειται για έγκυο ή ανοσοκατεσταλμένο άτομο (IB) (Πίν. VII).
- Μέλη του προσωπικού νοσούντα από ανεμοευλογία πρέπει να αποκλείονται από τα καθήκοντά τους μέχρις ότου όλες οι βλάβες έχουν εφελκιδιοποιηθεί και ξηραθεί (IB)
- Σε περίπτωση έκθεσης σε ζωστήρα ισχύουν ότι και για ανεμοευλογία (IB).
- Νοσούντα μέλη του προσωπικού από ζωστήρα αν δεν είναι ανοσοεπαρκή πρέπει να αποκλείονται μόνο από την περίθαλψη ανοσοκατεσταλμένων ασθενών, ενώ επιτρέπεται να φροντίζουν τους λοιπούς ασθενείς, υπό τον όρο ότι έχουν καλυμμένες τις βλάβες τους (IB).
- Τα ανοσοκατασταλμένα μέλη πρέπει να αποκλείονται από τη περίθαλψη ασθενών γενικά (IB).

#### **Γ) Γαστρεντερίτιδα (οξεία) :**

Παρ' ότι υπάρχει μεγάλη ποικιλία παραγόντων που προκαλούν οξεία γαστρεντερίτιδα, νοσοκομειακή μετάδοση έχει τεκμηριωθεί για πολύ λίγους από αυτούς. Κύριοι τρόποι μετάδοσης είναι η επαφή με μολυσμένα άτομα, η κατανάλωση μολυσμένων τροφίμων, νερού και αναψυκτικών ή η έκθεση σε μολυσμένα αντικείμενα ή επιφάνειες. Αερογενής μετάδοση των μικρών σφαιρικών ιών (τύπου Norwalk) έχει πιθανολογηθεί αλλά δεν έχει αποδειχθεί. Η μη τήρηση των κανόνων ατομικής υγιεινής από το προσωπικό και η μη σωστή αποστείρωση – απολύμανση των εργαλείων αυξάνει την πιθανότητα μετάδοσης. Το προσωπικό των εργαστηρίων κινδυνεύει από εργαστηριακή μόλυνση από *Salmonella typhi*.

Για τα νοσούντα μέλη του προσωπικού πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια αιτιολογικής διάγνωσης. Η αποβολή των εντεροπαθογόνων στα κόπρανα είναι υψηλή κατά τη διάρκεια της συμπτωματικής νόσου και συνήθως διακόπτεται μετά την κλινική ίαση. Σε μικρό όμως ποσοστό ασθενών μπορεί να παραμείνει φορεία. Η αντιμικροβιακή αγωγή συνήθως εξαλείφει τη φορεία από *Shigella* ή *Campylobacter*, όχι όμως και από *Salmonella*, την οποία μάλιστα μπορεί να επιτείνει

#### **Συστάσεις :**

- Το προσωπικό που νοσηλεύει ασθενείς πάσχοντες από γαστρεντερίτιδα πρέπει να λαμβάνει όλες τις προφυλάξεις για την ασφαλή αποκομιδή των κοπράνων και των εμεσμάτων αυτών των ασθενών. Συνιστάται χρήση γαντιών και σωστό πλύσιμο των χεριών (IA).
- Απαιτείται περιοδικός έλεγχος του προσωπικού των μαγειρείων σύμφωνα με τη νομοθεσία. (IB).
- Πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια αιτιολογικής διάγνωσης για κάθε μέλος του προσωπικού με γαστρεντερίτιδα (IB).
- Μέλος του προσωπικού που πάσχει από οξεία γαστρεντερίτιδα πρέπει να απέχει της επαφής με ασθενείς και το χειρισμό τροφίμων μέχρι ότου υποχωρήσουν τα συμπτώματα του (IB).
- Ειδικά προκειμένου για πάσχοντες από σαλμονελλική γαστρεντερίτιδα η επάνοδος στην εργασία επιτρέπεται μόνον όταν δύο καλλιέργειες κοπράνων με διαφορά 24 ωρών αποβούν αρνητικές. Αν το άτομο έλαβε αντιμικροβιακή αγωγή, οι καλλιέργειες πρέπει να ληφθούν 48 ώρες μετά την τελευταία δόση (II).
- Για τα μέλη του προσωπικού που επανέρχονται στη δουλειά μετά την αποκατάστασή της υγείας τους πρέπει να εξασφαλίζεται ότι τηρούν αυστηρά τους κανόνες ατομικής υγιεινής και κυρίως το σωστό πλύσιμο χεριών (IB).
- Για τα άτομα αυτά δεν συνιστάται μικροβιολογική παρακολούθηση εκτός αν η γαστρεντερίτιδα οφειλόταν σε σαλμονέλωση (IB).

#### **Δ) Διφθερίτιδα :**

Στις ανεπτυγμένες χώρες η νόσος είναι εξαιρετικά σπάνια λόγω του καθολικού εμβολιασμού κατά την παιδική ηλικία. Σημαντικό όμως μέρος του ενήλικος πληθυσμού μπορεί να είναι επίνοσο, επειδή διακόπτει τους επαναληπτικούς εμβολιασμούς.

Η νόσος μεταδίδεται με σταγονίδια ή με επαφή με δερματικές βλάβες. Ο χρόνος επώασης είναι 2 – 5 ημέρες και οι ασθενείς είναι μολυσματικοί για περίπου δύο εβδομάδες από την έναρξη της νόσου

#### **Συστάσεις :**

- Πρέπει υπάρχει συνεχής προτροπή του προσωπικού για επανεμβολιασμό με Td ανά δεκαετία (IA) (Πίν. III).
- Προσωπικό που εξετέθη στη νόσο πρέπει να ελέγχεται με καλλιέργειες ρινοφαρυγγικών εκκρίσεων και να παρακολουθείται κλινικά καθημερινά για 7 ημέρες μετά την έκθεση (IB).
- Για εκτεθέντα άτομα συνιστάται χημειοπροφύλαξη (βενζανθενική πενικιλίνη 1.2 MU άπαξ IM, ή ερυθρομυκίνη po 1g / ημέρα για 7 ημέρες) και χορήγηση αναμνηστικής δόσης Td σε εμβολιασμένα άτομα στα οποία παρήλθε διάστημα μεγαλύτερο της πενταετίας από την τελευταία δόση (IB) (Πίν. I).

- Προσωπικό με θετική καλλιέργεια πρέπει να επανελέγχεται τουλάχιστον δύο εβδομάδες από την ολοκλήρωση της θεραπείας και επί μη εκρίζωσης να επαναλαμβάνει τη θεραπεία (IB).
- Πάσχον προσωπικό και ασυμπτωματικοί φορείς πρέπει να απομακρύνονται από τα καθήκοντά τους μέχρι να αποβούν αρνητικές δύο καλλιέργειες σε διάστημα 24 ωρών η μία από την άλλη (IB).

#### **Ε) Επιπεφυκίτιδα :**

Το σημαντικότερο παθογόνο είναι οι αδενοϊοί, οι οποίοι προκαλούν επιδημική κερατοεπιπεφυκίτιδα. Έχουν περιγραφεί νοσοκομειακές επιδημίες σε οφθαλμολογικές κλινικές και ιατρεία καθώς επίσης σε μονάδες προώρων και σε νοσηλευτικά κέντρα χρονίως πασχόντων. Ο χρόνος επώασης είναι 5 έως 12 ημέρες και η διασπορά του ιού είναι δυνατή μέχρι και 14 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων. Ο ιός επιζεί επί μακρόν σε επιφάνειες και στα οφθαλμολογικά εργαλεία ενώ τα χέρια του αποτελούν σημαντικότατο μέσο μετάδοσης από πάσχοντα σε προσωπικό και αντίστροφα.

#### **Συστάσεις :**

- Επιβάλλεται σωστή απολύμανση των εργαλείων καθώς και σωστό πλύσιμο των χεριών και χρήση γαντιών. (IB)
- Προσωπικό μολυσμένο πρέπει να απέχει από την επαφή με ασθενείς καθ' όλη τη διάρκεια των συμπτωμάτων είτε πρόκειται για επιδημική είτε για άλλης αιτιολογίας πυώδη επιπεφυκίτιδα. (IB).

#### **Στ) Έρπης απλούς :**

Η νοσοκομειακή μετάδοση του HSV είναι σπάνια, έχει όμως ιδιαίτερη σημασία για ορισμένες κατηγορίες ασθενών, όπως εγκαυματίες, ασθενείς με έκζεμα ή πρόωρα νεογνά. Η μετάδοση γίνεται με επαφή βλαβών ή σιέλου ή άλλου μολυσμένου υλικού (πχ κολπικό ή αμνιακό) πάσχοντα είτε από πρωτοπαθή είτε από υποτροπιάζοντα έρπητα. Μικρές λύσεις της συνεχείας του δέρματος διευκολύνουν τη μετάδοση. Ο χρόνος επώασης είναι 2 – 14 ημέρες, ενώ η διάρκεια της μεταδοτικότητας άγνωστη.

Το προσωπικό κινδυνεύει να μολυνθεί κυρίως στα χέρια (ερπητική παρωνυχία) από έκθεση σε μολυσμένες εκκρίσεις ή με βλάβες. Ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο έχουν όσοι έρχονται σε επαφή με σιέλο όπως οδοντίατροι, αναισθησιολόγοι και προσωπικό ΜΕΘ.

Προσωπικό με ερπητική παρωνυχία αποτελεί κίνδυνο για τους ασθενείς. Μετάδοση από προσωπικό με επιχείλιο έρπητα είναι δυνατή, όμως η έκταση του προβλήματος είναι άγνωστη. Επίσης είναι δυνατή η μετάδοση και από ασυμπτωματικό άτομο, αν και ο κίνδυνος είναι μικρός. Το ενδεχόμενο επιμόλυνσης των βλαβών με σταφυλόκοκκο ή στρεπτόκοκκο πρέπει να εξετάζεται πάντα.

#### **Συστάσεις :**

- Για την προστασία του προσωπικού πρέπει η περιποίηση του στόματος κάθε πάσχοντος, ασχέτως υπάρξεως ή μη βλαβών, να γίνεται με χρήση γαντιών και να επακολουθεί σωστό πλύσιμο χεριών (IA).
- Προσωπικό με ερπητική πρωτολοίμωξη ή υποτροπιάζοντα έρπητα επίχειλιο ή προσώπου μπορεί γενικά να ασκεί τα καθήκοντα του εκτός αν αυτά αφορούν νοσηλεία πασχόντων υψηλού κινδύνου (νεογνά, εγκαυματίες κλπ), όπου η απόφαση για αποκλεισμό τους από την εργασία πρέπει να εξετασθεί (IB).
- Το προσωπικό με τέτοιες βλάβες πρέπει να τις έχει καλυμμένες, να μη τις εγγίζει, να τηρεί τους κανόνες πλυσίματος χεριών και να λαμβάνει κάθε

πρόνοια για αποφυγή επαφής τέτοιων βλαβών με πάσχοντες από δερματίτιδα (IB).

- Προσωπικό με ερπητική παρωνυχία πρέπει να αποκλείεται από επαφή με ασθενείς μέχρι την ίαση των βλαβών. Το αυτό ισχύει για άτομα με επιμολυνθείσες βλάβες ασχέτως εντοπίσεως (IB)

### **Z) Ερυθρά :**

Μεταδίδεται με τις ρινοφαρυγγικές εκκρίσεις πάσχοντος. Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 12 έως 23 ημέρες, συνήθως όμως είναι 14 – 16. Η νόσος είναι περισσότερο μολυσματική κατά τη φάση έκθυσης του εξανθήματος, αλλά ο ιός μπορεί να διασπείρεται 1 εβδομάδα πριν μέχρι 5-7 ημέρες μετά την έκθυση. Νεογνά με συγγενή ερυθρά μπορεί να διασπείρουν τον ιό για μήνες ή και έτη. Στους ενήλικες ο ιός προκαλεί ήπια νόσο και το 30- 50% των λοιμώξεων είναι υποκλινικές.

Άνοσα θεωρούνται τα άτομα που έχουν λάβει τουλάχιστον μία δόση εμβολίου ή έχουν ορολογική απόδειξη ανοσίας. Το ιστορικό κλινικής διάγνωσης της νόσου είναι αναξιόπιστο και δεν πρέπει να θεωρείται αποδεικτικό ανοσίας.

Εμβόλιο εκλογής είναι το MMR. Απαιτείται προσοχή στον εμβολιασμό γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας, οι οποίες πρέπει αφ' ενός να εξασφαλισθεί ότι δεν είναι έγκυες κατά τον εμβολιασμό, αφ' ετέρου δε να ενημερωθούν και να κατανοήσουν ότι δεν πρέπει να καταστούν έγκυες για τουλάχιστο τρεις μήνες μετά τον εμβολιασμό.

### **Συστάσεις :**

- Όλο το μη άνοσο προσωπικό πρέπει να εμβολιάζεται (IA)
- Προηγούμενος έλεγχος ανοσίας δεν είναι υποχρεωτικός (IB) (Πίν. II).
- Επίνοσο θήλυ προσωπικό της αναπαραγωγικής ηλικίας δεν πρέπει να εμβολιάζεται αν υπάρχει πιθανότητα εγκυμοσύνης ή να καταστεί έγκυο εντός τριμήνου από τον εμβολιασμό (IA).
- Φρόνιμο είναι γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας να εμβολιάζονται στην περίοδο λοχείας. (IA)
- Επίνοσο προσωπικό που ήρθε σε επαφή με πάσχοντα πρέπει να αποκλείεται από τα καθήκοντά του από την 7<sup>η</sup> μέχρι την 21<sup>η</sup> ημέρα από την έκθεση. (IB).
- Προσωπικό που νόσησε αποκλείεται μέχρι και την 7<sup>η</sup> ημέρα από την έκθεση του εξανθήματος. (IB)

### **H) Ευλογία – Δαμαλίτιδα :**

Η ευλογία έχει κηρυχθεί από την ΠΟΥ ως εξαλειφθείσα από το 1980 και έχει πάψει ο εμβολιασμός γι' αυτήν (δαμαλισμός) να είναι υποχρεωτικός. Ο φόβος όμως ότι ο ιός της ευλογίας μπορεί να αποτελέσει σημαντικό βιολογικό όπλο έχει κάνει αρκετές χώρες να σκέπτονται να τον επαναφέρουν. Σήμερα υποβάλλονται σε δαμαλισμό οι εργαστηριακοί που ασχολούνται με άλλους ιούς της ίδιας ομάδας, όπως τον ιό ευλογίας των πιθήκων, ιό δαμαλίτιδας κλπ, για τους οποίους το εμβόλιο αυτό παρέχει προστασία. Ακόμα ο ιός της δαμαλίτιδας χρησιμοποιείται σήμερα σαν όχημα για την ανοσοποίηση με ιούς παραχθέντες με μεθόδους γενετικής μηχανικής, όπως ερπητοϊούς, HBV κλπ. και έχουν περιγραφεί λοιμώξεις στο προσωπικό εργαστηρίων στα οποία παράγονται τέτοια εμβόλια.

Μετά τον δαμαλισμό ο ιός της δαμαλίτιδας καλλιεργείται από τη θέση ενοφθαλμισμού του μέχρι να αποπέσει η εφελκίδα (2 – 21 ημέρες) και οι εμβολιασθέντες είναι μεταδοτικοί για το διάστημα αυτό. Η κάλυψη της βλάβης και η τήρηση των κανόνων υγιεινής περιορίζουν τη μεταδοτικότητα. Άτομα με

ανοσοκαταστολή καθώς και πάσχοντες από έκζεμα ευρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για γενικευμένη νόσο

**Συστάσεις :**

- Δαμαλισμός ανά δεκαετία συνιστάται σήμερα μόνο για τους εργαστηριακούς που ασχολούνται με τους ιούς της ομάδας της ευλογίας (IB) και πιθανόν και για τους περιθάλποντες άτομα στα οποία χορηγείται γενετικά τροποποιημένος ιός δαμαλίτιδας (II).
- Ο δαμαλισμός απαγορεύεται αυστηρά σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα ή πάσχοντες από έκζεμα (IB) (πίνακας III).
- Άτομα με ενεργό βλάβη εμβολίου εφ' όσον την έχουν καλυμμένη και συμμορφώνονται με το πλύσιμο των χεριών δεν απομακρύνονται από τα καθήκοντά τους (IB)

**Θ) Ηπατίτιδα Α :**

Νοσοκομειακή μετάδοση ηπατίτιδας Α είναι ασυνήθης. Συνήθως επισυμβαίνει όταν ο πάσχων δεν έχει διαγνωσθεί και έχει ακράτεια κοπράνων ή διάρροια. Άλλοι παράγοντες κινδύνου για μετάδοση του HAV είναι το φαγητό ή το ποτό στους χώρους νοσηλείας, το μη πλύσιμο των χεριών μετά κάθε επαφή με πάσχοντα και τα εκκρίματά του καθώς και η ανταλλαγή τροφίμων, ποτών ή τσιγάρων με ασθενείς, τις οικογένειές τους ή τα άλλα μέλη του προσωπικού.

Η μετάδοση του ιού γίνεται με την εντεροστοματική οδό. Έχει επίσης αναφερθεί μετάδοση μετά από μετάγγιση αίματος όχι όμως μετά από τρυπήματα. Ο χρόνος επώασης είναι 15 – 50 ημέρες. Η αποβολή του ιού στα κόπρανα είναι μέγιστη κατά την προϊκτερική φάση και συνεχίζεται συνήθως για δύο περίπου εβδομάδες από την εμφάνιση του ίκτερου, με μέγιστο διάστημα διασποράς του ιού το εξάμηνο. Η μεταδοτικότητα του ασθενούς με εξαίρεση τους ανοσοκατασταλμένους είναι σημαντικά μειωμένη μετά την εμφάνιση του ίκτερου. Σήμερα υπάρχουν διαθέσιμα δύο εμβόλια από αδρανοποιημένο ιό με αποτελεσματικότητα περί το 95%.

**Συστάσεις :**

- Εμβολιασμός του προσωπικού συνιστάται μόνο σε περιπτώσεις επινόσων ατόμων που εργάζονται σε περιοχές υψηλής ενδημικότητας και όχι σαν γενικό μέτρο (IB) (Πίν. III)
- Η γ-σφαιρίνη (0.02 ml/kg) δεν πρέπει να χορηγείται σε κάθε επαφή με ασθενή με HAV (IB), αλλά μόνο όταν επισυμβεί στοματική έκθεση σε κοπρανώδες υλικό από πάσχοντα με οξεία HAV λοίμωξη (IA). Επίσης μπορεί να χορηγηθεί στο προσωπικό που έρχεται σε επαφή με πάσχοντες σε περίπτωση τεκμηριωμένης επιδημίας σε κάποιο νοσοκομείο με μετάδοση από πάσχοντες σε προσωπικό ή μεταξύ του προσωπικού (IB) (Πίν. I).
- Νοσούντα μέλη του προσωπικού πρέπει να απομακρύνονται από την εργασία για μια εβδομάδα από την έναρξη του ίκτερου (IA).

**I) Ιλαρά :**

Νοσοκομειακή μετάδοση (σποραδική ή επιδημική) είναι τεκμηριωμένη. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις ΗΠΑ το 4% των περιπτώσεων μεταξύ 1985 και 1991 και το 13.9% μεταξύ 1992 και 1995 αφορούσε μετάδοση σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Στην πρώτη μάλιστα περίοδο, το 25% των νοσησάντων αφορούσε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Αντίστοιχες μελέτες στην Ελλάδα δεν υπάρχουν.

Η νόσος μεταδίδεται αερογενώς και δια των σταγονιδίων. Ο χρόνος επώασης είναι 5 έως 21 ημέρες και η μεταδοτικότητα μέγιστη κατά τη φάση των προδρόμων

συμπτωμάτων. Διαρκεί περί τις 3-4 ημέρες από την έκθεση του εξανθήματος. Σε ανοσοκατασταλμένα άτομα, μπορεί να παραταθεί.

Για να θεωρηθεί άτομο άνοσο πρέπει να έχει είτε τεκμηριωμένη από γιατρό διάγνωση, είτε ορολογική απόδειξη ανοσίας (άτομα με “ακαθόριστα” ευρήματα του ελέγχου θεωρούνται επίνοσα) ή τέλος τεκμηριωμένο εμβολιασμό με δύο δόσεις εμβολίου μετά τα πρώτα του γενέθλια.

**Συστάσεις :**

- Απαιτείται εξασφάλιση ότι όλο το προσωπικό που ευρίσκεται σε κίνδυνο επαγγελματικής έκθεσης να έχει τεκμηριωμένη ανοσία στην ιλαρά (ΙΑ).
- Όλοι οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας πρέπει να εμβολιάζονται (εμβόλιο εκλογής MMR) εκτός αν υπάρχει τεκμηρίωση της ανοσίας τους (ΙΑ).
- Δεν απαιτείται πριν τον εμβολιασμό ορολογικός έλεγχος εκτός αν θεωρηθεί ότι η τακτική αυτή στο συγκεκριμένο χώρο είναι οικονομικά αποτελεσματική ή το ζητήσει ο υποψήφιος λήπτης (ΙΑ).
- Επίνοσα άτομα πρέπει να εμβολιάζονται εντός 72 ωρών από την έκθεση (ΙΑ) (Πίν. II).
- Εκτεθέντα επίνοσα μέλη του προσωπικού πρέπει να απομακρύνονται της εργασίας από την 5<sup>η</sup> έως την 21<sup>η</sup> ημέρα μετά την έκθεση άσχετα του αν έλαβαν ή όχι εμβόλιο μετά την έκθεση (IB).
- Άτομα που νοσούν από ιλαρά πρέπει να απομακρύνονται από τα καθήκοντά τους για 7 ημέρες μετά την έκθεση του ερυθήματος ή καθ’ όλη τη διάρκεια της οξείας νόσου, ανάλογα με το πιο διάστημα είναι μεγαλύτερο (IB).

**ΙΑ) Ιογενείς λοιμώξεις αναπνευστικού :**

Από την ποικιλία των ιών που ευθύνονται για λοιμώξεις του αναπνευστικού ιδιαίτερη σημασία έχουν η γρίπη και η λοίμωξη από αναπνευστικό συγκυτιακό ιό (RSV) οι οποίες συνδέονται με σημαντική νοσηρότητα, είναι περισσότερο μελετημένες επιδημιολογικά και γι αυτό το παρόν κεφάλαιο θα εστιασθεί σε αυτές.

**α) Γρίπη:** Νοσοκομειακή μετάδοση γρίπης είναι καλά τεκμηριωμένη και συμβαίνει από ασθενείς σε προσωπικό και αντίστροφα καθώς και μεταξύ μελών του προσωπικού. Η νόσος μεταδίδεται με σταγονίδια αερογενώς σημειώνεται όμως ότι μπορεί να μεταδοθεί και εμμέσως με τα χέρια και θα πρέπει να λαμβάνονται κατάλληλα μέτρα. Έμμεση μετάδοση με μολυσμένα αντικείμενα δεν φαίνεται να είναι επιδημιολογικά ιδιαίτερα σημαντική.

Ο χρόνος επώασης είναι από 1 έως 5 ημέρες. Ο ιός μπορεί να διασπείρεται από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι και 7 ημέρες μετά, όμως η περίοδος της μέγιστης μεταδοτικότητας είναι οι πρώτες 3 ημέρες της νόσου.

Αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών παρουσιάζουν άτομα >65 ετών, τρόφιμοι ιδρυμάτων χρονίως πασχόντων, πάσχοντες από χρόνια πνευμονοπάθεια ή καρδιοπάθεια και σακχαροδιαβητικοί.

Ο εμβολιασμός του προσωπικού περιλαμβανομένων και των εγκύων κατά την αρχή της περιόδου της γρίπης, βοηθά στο να μειωθεί ο κίνδυνος νόσησης του προσωπικού, να μειωθεί η μετάδοση από το προσωπικό σε άτομα υψηλού κινδύνου και να μειωθούν οι απουσίες του προσωπικού κατά τη διάρκεια επιδημιών. Σε περίπτωση επιδημίας ανεμβολίαστα μέλη του προσωπικού πρέπει να λαμβάνουν χημειοπροφύλαξη με αμανταδίνη ή ριμανταδίνη ή με τα νεώτερα αντιγριπικά (ζαναμιβίρη, οσελταμιβίρη).

**Συστάσεις :**

- Να γίνεται σε ετήσια βάση εμβολιασμός του προσωπικού περιλαμβανομένων και των εγκύων πριν τη έναρξη της εποχής της γρίπης εκτός αν υπάρχει αντένδειξη (IB) (Πίν. II).
- Σε μη εμβολιασθέντα άτομα επί επιδημίας γρίπης μπορεί να χορηγηθεί χημειοπροφύλαξη και να γίνει ταυτόχρονα και εμβολιασμός. Αν γίνει εμβολιασμός, η χημειοπροφύλαξη διακόπτεται μετά τη δεύτερη εβδομάδα, αλλιώς συνεχίζεται για όλη τη διάρκεια της επιδημίας. (IB)

#### **β) Αναπνευστικός συγκυτιακός ιός (RSV) :**

Πρόκειται για ιδιαίτερα μεταδοτικό ιό. Η νόσος έχει κυρίως χειμερινή κατανομή. Ασθενείς, προσωπικό αλλά και επισκέπτες μπορεί να αποτελέσουν την πηγή διασποράς στο χώρο του νοσοκομείου. Η νόσος είναι συχνότερη σε βρέφη και παιδιά, όπου μάλιστα είναι βαρύτερη. Στους ενήλικες σημαντική νοσηρότητα αλλά και θνητότητα έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς υποβληθέντες σε μεταμόσχευση νεφρού, νοσηλευόμενους σε μονάδες εντατικής θεραπείας και ιδρύματα χρονίως πασχόντων.

Ο ιός ανευρίσκεται σε υψηλές συγκεντρώσεις στα εκκρίματα του αναπνευστικού των πασχόντων και μεταδίδεται άμεσα με σταγονίδια ή έμμεσα με τα χέρια του προσωπικού ή με μολυσμένα αντικείμενα. Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 2-8 ημέρες, συνήθως 4-6. Ο ιός διασπείρεται κυρίως τις πρώτες 3 – 8 ημέρες, αλλά τα βρέφη μπορεί να τον διασπείρουν μέχρι και 3 – 4 εβδομάδες.

Λόγω της ποικιλίας των ιών που προκαλούν λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού και της μεγάλης συχνότητας που παρουσιάζουν ιδίως κατά τους χειμερινούς μήνες, ο περιορισμός εργαζομένων πασχόντων από ιογενείς λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού είναι πρακτικά ανέφικτος.

#### **Συστάσεις :**

- Σε περίπτωση επιδημίας στην κοινότητα γρίπης ή λοίμωξης από RSV, το ενδεχόμενο απομάκρυνσης μελών του προσωπικού με οξεία εμπύρετη λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού ή με εργαστηριακή τεκμηρίωση γρίπης ή RSV λοίμωξης από τη νοσηλεία υψηλού κινδύνου ασθενών πρέπει να εξετάζεται (IB) (Πίν. II).

#### **IB) Κοκκύτης :**

Ορολογικές μελέτες στο προσωπικό δείχνουν ότι η μόλυνσή του είναι πολύ συχνότερη απ' ό,τι εκτιμάται με βάση την κλινική νόσηση και τούτο γιατί αφ' ενός τα συμπτώματα αρχικά είναι μη ειδικά και αφ' ετέρου στους ενήλικες η νόσος διατρέχει αρκετά ήπια, γεγονότα που δυσχεραίνουν τη διάγνωση και την εκτίμηση της μεταδοτικότητας της νόσου. Πρέπει εδώ να τονισθεί ότι η πιθανότητα νόσησης από κοκκύτη πρέπει να εξετάζεται σε κάθε ενήλικα με βήχα οξείας ενάρξεως που διαρκεί πέραν των 7 ημερών ιδίως όταν συνοδεύεται με παροξυσμούς. Σε μία μάλιστα μελέτη βρέθηκε θετική συσχέτιση με την πιθανότητα έκθεσης με το προσωπικό των παιδιατρικών τμημάτων να έχει την μεγίστη οροθετικότητα (82%), νοσηλευτικό γενικά προσωπικό ενδιάμεση (71%) και νοσηλευτικό προσωπικό σε διοικητικά καθήκοντα την μικρότερη (35%)

Ο κοκκύτης είναι λίαν μεταδοτική νόσος με ρυθμό δευτερογενούς διασποράς σε επίνουσα μέλη του οικιακού περιβάλλοντος 80%. Η μετάδοση γίνεται με τις μολυσμένες αναπνευστικές εκκρίσεις και τα σταγονίδια. Ο χρόνος επώασης είναι 7 έως 10 ημέρες και η περίοδος της μεταδοτικότητας ξεκινά με την έναρξη της καταρροϊκής φάσεως και συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της παροξυσμικής φάσεως μέχρι περίπου 3 εβδομάδες από την έναρξη των συμπτωμάτων.

#### **Συστάσεις :**



- Το κυτταρικό αντικοκκυτικό εμβόλιο ενέχει σημαντικό κίνδυνο πρόκλησης τοπικών και συστηματικών αντιδράσεων σε εφήβους και ενήλικες και γι' αυτό η χρήση του στις ηλικιακές αυτές ομάδες δεν συνιστάται (IB), ενώ το ακυτταρικό αν και θεωρείται ότι προκαλεί επαρκή ανοσοποίηση και ενέχει μικρό κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών δεν έχει λάβει άδεια για χρήση σε άτομα άνω των 7 ετών και συνεπώς δεν υπάρχει καμία σύσταση για τη χρήση του για εμβολιασμό του προσωπικού. Ας σημειωθεί ότι η παρεχόμενη προστασία και από αυτό το εμβόλιο διαρκεί 5 – 10 χρόνια από την τελευταία δόση. Πρόσφατα κυκλοφόρησε στο εξωτερικό εμβόλιο που χορηγείται σε εφήβους και σε ενήλικες. Αν εγκριθεί και στη χώρα μας θα έχει εφαρμογή στις ηλικιακές αυτές ομάδες.
- Σε άτομα που είχαν χωρίς προφυλάξεις στενή έκθεση σε ασθενή με κλινικό σύνδρομο ύποπτο για κοκκύτη πρέπει άμεσα να χορηγείται χημειοπροφύλαξη, (ερυθρομυκίνη 500 mg x 4 ή κοτριμοξαζόλη (960 mg x 2), ενώ ταυτόχρονα λαμβάνονται καλλιέργειες από τον ύποπτο πάσχοντα. Η διάρκεια της χημειοπροφύλαξης είναι 14 ημέρες αλλά επί αρνητικών καλλιιεργειών ή επί άλλης τελικής διαγνώσεως διακόπτεται (Πίν. I).
- Προσωπικό με ύποπτα για κοκκύτη συμπτώματα μετά από έκθεση σε ασθενή με κοκκύτη πρέπει να απομακρύνεται από τα καθήκοντά του μέχρι και 5 ημέρες από την έναρξη θεραπείας (IB)

#### **ΙΓ) Κυτταρομεγαλοϊός (CMV) :**

Υπάρχουν δύο κύρια υποδόχα του ιού, τα μολυσμένα νεογνά και νήπια και οι ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς, όπως οι υποβληθέντες σε μεταμόσχευση συμπαγούς οργάνου ή μυελού των οστών ή οι ασθενείς με AIDS. Όμως ο κίνδυνος πρωτομόλυνσης με CMV προσωπικού που περιθάλπει τέτοια άτομα δεν είναι μεγαλύτερος του προσωπικού που δεν έρχεται σε επαφή με τέτοιους ασθενείς (3% έναντι 2%). Η μετάδοση γίνεται με στενή και άμεση επαφή προς πάσχοντα που αποβάλλει ιό ή με επαφή με μολυσμένα εκκρίματα, κυρίως σίελο και ούρα. Μετάδοση με μολυσμένα χέρια είναι δυνατή. Έμμεση μετάδοση δεν θεωρείται πιθανή γιατί ο ιός δεν επιζεί επί μακρόν στο περιβάλλον.

Ως γνωστόν ο κίνδυνος μόλυνσης του εμβρύου είναι μεγαλύτερος σε περίπτωση πρωτομόλυνσης κατά την εγκυμοσύνη, αλλά έχουν επισυμβεί και μολύνσεις εμβρύου σε επαναδραστηριοποίηση του ιού ή σε αναμόλυνση. Ορολογικός ή ιολογικός έλεγχος για ανίχνευση μολυσμένων ασθενών ή επινόσων γυναικών μελών του προσωπικού δεν συνιστάται γιατί η αποβολή του ιού είναι διαλείπουσα, η οροθετικότητα δεν παρέχει πλήρη προστασία από αναμόλυνση της μητέρας ή επαναδραστηριοποίηση του ιού και δεν υπάρχει εμβόλιο ή άλλο μέσο προστασίας.

#### **Συστάσεις :**

- Λόγω του κινδύνου πρόκλησης βαριάς ενδομήτριας λοίμωξης, πρέπει στις εργαζόμενες γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας να παρέχονται συμβουλές για τον κίνδυνο μόλυνσης τον τρόπο μετάδοσης και τα απαραίτητα μέτρα προστασίας, δηλ. γάντια και πλύσιμο χεριών σε επαφή με πάσχοντες και τα εκκρίματά τους (IA) .
- Με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα δεν φαίνεται ότι αλλαγή καθηκόντων σε οροαρνητικές εγκύους μέλη του προσωπικού μπορεί να τις προστατεύσει από τη μόλυνση με τον ιό και συνεπώς δεν συνιστάται σαν

γενικό μέτρο (IA). Δεν απαιτούνται περιορισμοί στην εργασία μολυνθέντος προσωπικού (IB)

#### **IA) Λύσσα :**

Κίνδυνο διατρέχουν οι κτηνίατροι, οι εργαστηριακοί που εκτίθενται σε μολυσμένες εκκρίσεις ή ιστούς, ενώ έχουν περιγραφεί και μολύνσεις σε εργαστηριακούς ασχολούμενους με την παρασκευή εμβολίων. Ο κίνδυνος μετάδοσης σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μετά από δάγκωμα ή έκθεση στο σίελο πάσχοντος είναι θεωρητικά υπαρκτός αλλά δεν έχουν αναφερθεί τεκμηριωμένες περιπτώσεις. Θεωρητικά είναι δυνατόν να μεταδοθεί από επαφή μολυσμένου υλικού (εγκεφαλικός ιστός ) με μη ακέραιο δέρμα ή βλεννογόνους.

Ο χρόνος επώασης είναι 1 έως 3 μήνες.

Ο κίνδυνος μετάδοσης ελαχιστοποιείται με την τήρηση των συνήθων προφυλάξεων στην κλινική πράξη και των κανόνων βιοασφαλείας στο εργαστήριο.

#### **Συστάσεις:**

- Προληπτικός εμβολιασμός επιβάλλεται σε εργαζόμενους που έρχονται σε επαφή με τον ιό ή με μολυσμένα ζώα για διαγνωστικούς ή ερευνητικούς σκοπούς. (IA) (Πίν. III).
- Μετά την έκθεση εμβολιασμός πρέπει να χορηγείται σε κάθε άτομο που δαγκώθηκε από πάσχοντα ή που μη ακέραιο δέρμα ή βλεννογόνος του ήρθε σε επαφή με σίελο ή άλλο δυνητικά μολυσμένο υλικό (Πίν. I). Σε προηγούμενα εμβολιασμένο άτομο αρκούν δύο δόσεις, ημέρες 0 και 3 (IB).

**Τηλέφωνα πρώτης ανάγκης σε περίπτωση τραυματισμού (δαγκώματος):  
Λυσοιατρείο Αθηνών 210 3462263, Διεύθυνση Υγιεινής Νομαρχίας Αθηνών  
210 6456982, Λυσοιατρείο Θεσσαλονίκης 2310 968372.**

#### **IE) Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος :**

Μέχρι το 1998 οι ορότυποι B και C αποτελούσαν το αίτιο του 46% και 45% αντίστοιχα των περιπτώσεων ενδημικής νόσου της κοινότητας και οι ορότυποι A, Y και W-135 των υπολοίπων. Τα τελευταία χρόνια μέχρι το 2004 επικρατέστερος ορότυπος στην Ελλάδα είναι ο B ακολουθεί ο A και έχει σχεδόν εξαφανισθεί ο C .

Η μετάδοση της νόσου γίνεται δια σταγονιδίων. Η επώαση είναι 2 έως 10 ημέρες και ο ασθενής παύει να είναι μολυσματικός 24 ώρες μετά την έναρξη αποτελεσματικής αγωγής.

Από το προσωπικό κίνδυνο διατρέχουν μόνο οι ερχόμενοι σε στενή επαφή και μη λαμβάνοντες τις κατάλληλες προφυλάξεις. Ασθενείς πάσχοντες από μηνιγγιτιδοκοκκική λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συνιστούν μεγαλύτερο κίνδυνο για το προσωπικό απ' ότι ασθενείς με μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα ή μηνιγγιτιδοκοκκαιμία.

Για τη νόσο υπάρχει αποτελεσματικό τετραδύναμο εμβόλιο (A, C, Y, W-135). Χημειοπροφύλαξη με ριφαμπικίνη 600 mg p.o. ανά 12ωρο για 2 ημέρες ή σιπροφλοξασίνη 500 mg p.o. εφ' άπαξ ή κεφτριαζόνη 250 mg IM εφάπαξ για έγγυες ή 125 mg για παιδιά < 15 ετών, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για την προστασία εκτεθέντος μέλους του προσωπικού.

#### **Συστάσεις:**

- Δεν συνιστάται γενικός εμβολιασμός του προσωπικού (IB), ούτε συνιστάται ο εμβολιασμός σαν προφύλαξη μετά από έκθεση (II).
- Εμβολιασμός φρόνιμο είναι να γίνεται σε εργαστηριακούς που ευρίσκονται σε κίνδυνο έκθεσης σε αερολύματα που πιθανόν να

περιέχουν μηνιγγιτιδόκοκκο (IB), καθώς και για τον έλεγχο επιδημίας από ορότυπο C και κατόπιν συνεννοήσεως με τις αρμόδιες υγειονομικές αρχές (II) (Πίν. III).

- Άτομα που ήρθαν σε στενή επαφή με πάσχοντα, όπως αναπνοή στόμα με στόμα, ή διασωλήνωση τραχείας, χωρίς προφυλάξεις πρέπει να λαμβάνουν άμεσα χημειοπροφύλαξη (IB) (Πίν. I).
- Νοσήσαντα μέλη του προσωπικού αποκλείονται της εργασίας μέχρι 24 ώρες από την έναρξη αποτελεσματικής θεραπείας. Δεν απομακρύνονται της εργασίας οι ρινοφαρυγγικοί φορείς *N. meningitidis*. (IA).

### **ΙΣτ) Παρβοϊός B19 :**

Είναι το αίτιο της πέμπτης νόσου (μολυσματικό ερύθημα) στα παιδιά, οξείας αυτοϊώμενης αρθρίτιδας σε υγιείς ενήλικες, κυρίως γυναίκες, και απλαστικών κρίσεων σε πάσχοντες από αιμοσφαιρινοπάθειες. Σε ανοσοκατασταλμένα άτομα προκαλεί χρόνια λοίμωξη που εκδηλώνεται ως αναιμία. Λοίμωξη στο πρώτο ήμισυ της κύησης μπορεί να προκαλέσει ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου.

Μετάδοση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εξαιρετικά σπάνια αλλά έχει αναφερθεί. Μεταδίδεται με σταγονίδια και με άμεση ή έμμεση επαφή. Ο χρόνος επώασης είναι συνήθως 6 έως 10 ημέρες και ο ασθενής είναι μεταδοτικός επί μεν μολυσματικού ερυθήματος πριν την έκθυσή του, επί αρθρίτιδας και απλαστικών κρίσεων μέχρι 7 ημέρες από την έναρξη της νόσου, ενώ οι ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς διασπείρουν για έτη τον ιό.

#### **Συστάσεις :**

- Πρέπει να εξασφαλίζεται ότι έγκυες μέλη του προσωπικού που περιθάλπουν ασθενείς υψηλού κινδύνου για λοίμωξη με τον παρβοϊό B19 είναι ενήμερες για τον κίνδυνο που ενέχει η λοίμωξη για το κύημα και για τους τρόπους προστασίας από αυτόν (IB).
- Οι έγκυες δεν αποκλείονται οποσδήποτε από τη περίθαλψη ασθενών με λοίμωξη από παρβοϊό. (IB).

### **ΙΖ ) Παρωτίτιδα :**

Νοσοκομειακή παρωτίτιδα είναι ασυνήθης. Η νόσος μεταδίδεται με τις αναπνευστικές εκκρίσεις. Ο χρόνος επώασης είναι 12 έως 25 ημέρες (συνήθως 16-18). Ο ιός ανευρίσκεται στο σάλιο 6-7 ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων και μπορεί να παραμένει και μέχρι 9 ημέρες μετά. Ασυμπτωματική λοίμωξη δεν είναι σπάνια και έτσι ο επίνοςος που ήλθε σε επαφή θεωρείται μεταδοτικός από τη 12<sup>η</sup> μέχρι και την 25<sup>η</sup> ημέρα από την έκθεση

Τα κριτήρια ανοσίας είναι τα ίδια όπως στην ιλαρά. Εμβόλιο εκλογής αποτελεί το MMR (mumps, measles, rubella).

#### **Συστάσεις :**

- Όλο το μη άνοσο προσωπικό πρέπει να εμβολιάζεται (IA) (Πίν. II).
- Ορολογικός έλεγχος του προσωπικού δεν είναι απαραίτητος πριν τον εμβολιασμό, εκτός αν θεωρηθεί για το συγκεκριμένο κέντρο οικονομικότερο μέτρο (IB).
- Εκτεθέντα επίνοςα μέλη του προσωπικού απομακρύνονται από τη 12<sup>η</sup> έως την 26<sup>η</sup> ημέρα από την τελευταία έκθεση ή εάν νοσήσουν, μέχρι την 9<sup>η</sup> ημέρα από την έναρξη των συμπτωμάτων (IB).

### **ΙΗ) Πολιομυελίτιδα :**

Σήμερα με τη γενίκευση του εμβολιασμού στις χώρες της Δύσεως, η νόσος από άγριο ιό έχει πρακτικά εξαφανισθεί, αν και λόγω των εκτεταμένων πληθυσμιακών μετακινήσεων είναι δυνατόν να επανεμφανισθεί ανά πάσα στιγμή. Όλες οι ενδημικές περιπτώσεις οφείλονται πλέον στη χορήγηση του από του στόματος εμβολίου (OPV). Οι ενήλικες ενέχουν αυξημένο κίνδυνο νόσησης. Η νόσος εκδηλώνεται στον εμβολιασθέντα 7 –21 ημέρες και στις επίνουσες επαφές του 20 –29 ημέρες μετά τον εμβολιασμό. Ο άγριος ιός έχει χρόνο επώασης επί μεν παραλυτικής νόσου 3-6 και επί μη παραλυτικής 7-21. Η μεταδοτικότητα είναι μεγαλύτερη αμέσως πριν και αμέσως μετά την έναρξη των συμπτωμάτων, οπότε ο ιός ανευρίσκεται στο ρινοφάρυγγα και αποβάλλεται σε υψηλές συγκεντρώσεις στα κόπρανα. Ο ιός παραμένει στο ρινοφάρυγγα για 1 εβδομάδα περίπου, ενώ στα κόπρανα αποβάλλεται για αρκετές εβδομάδες ή και μήνες μετά.

#### **Συστάσεις :**

- Το προσωπικό των εργαστηρίων που χειρίζεται δείγματα που πιθανόν να περιέχουν ιό πολιομυελίτιδας καθώς και προσωπικό που ενδεχομένως θα έλθει σε επαφή με πάσχοντες από πολιομυελίτιδα ή τις εκκρίσεις τους, πρέπει να ελέγχεται κατά πόσον είναι πλήρως εμβολιασμένο (ΙΑ).
- Οι μη εμβολιασμένοι περιλαμβανομένων και εγκύων ή πασχόντων από νόσημα που προκαλεί ανοσοανεπάρκεια πρέπει να εμβολιάζονται με το αδρανοποιημένο εμβόλιο (IPV) (IB) (Πίν. III).
- Κάθε περίπτωση νόσου από άγριο στέλεχος πρέπει να δηλώνεται στις αρμόδιες υγειονομικές αρχές. (ΙΑ).

#### **ΙΘ) Σταφυλοκοκκική λοίμωξη και φορεία (*Staphylococcus aureus*) :**

Στα νοσοκομεία η σημαντικότερη πηγή μόλυνσης είναι μολυσμένοι ή αποικισμένοι ασθενείς. Σήμερα στα νοσοκομεία επικρατούν οι ανθεκτικοί στη μεθικιλίνη σταφυλόκοκκοι (MRSA) των οποίων η επιδημιολογία δεν διαφέρει ουσιωδώς από εκείνη των ευαίσθητων (MSSA), με μόνη εξαίρεση ότι οι MRSA είναι συχνότεροι σε ηλικιωμένους, ανοσοκατασταλαμένους και ασθενείς με βαριά υποκείμενα νοσήματα .

Η νοσοκομειακή μετάδοση γίνεται με τα χέρια του προσωπικού, από άρρωστο σε άρρωστο, όμως το προσωπικό μπορεί και αυτό να μολυνθεί και να δράσει ως υποδόχο διασπείροντας τον *S. aureus*. Μολυσμένο προσωπικό στο κύκλωμα των τροφίμων έχει ενοχοποιηθεί για την πρόκληση σταφυλοκοκκικής τροφικής δηλητηρίασης. Ο ρόλος της έμμεσης μετάδοσης με μολυσμένες επιφάνειες ή αντικείμενα αμφισβητείται.

Ο χρόνος επώασης ποικίλει ανάλογα με την προκαλούμενη νόσο. Έτσι για μεν την τροφική δηλητηρίαση είναι από 30 min μέχρι 6 ώρες, για το φυσαλλιδώδες κηρίο 1 έως 10 ημέρες, για το σύνδρομο του τοξικού shock 2 ημέρες, ενώ ποικίλλει ευρέως για τους λοιπούς τύπους λοιμώξεων.

Η φορεία συχνότερα συμβαίνει στους ρώθωνες, αλλά συχνά υπάρχει και σε άλλα μέρη του σώματος όπως μασχάλη, χέρια, περίνεο, ρινοφάρυγγας και στοματοφάρυγγας. Η συχνότητα ρινικής φορείας σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κυμαίνεται μεταξύ 20 και 90%, αλλά λιγότερο από 10% αυτών διασπείρουν το μικρόβιο. Ρινικοί φορείς όταν έχουν συμπτώματα λοιμώξεως ανωτέρου αναπνευστικού διασπείρουν τον *S. aureus* ευκολότερα (cloudy doctors/nurses). Θεραπεία των φορέων μπορεί να γίνει με χρήση είτε συστηματικών (κλινδαμυκίνη, κοτριμοξαζόλη κ. α) είτε τοπικών (μουπιροσίνη) αντιμικροβιακών. Όμως τα αποτελέσματα πολλές φορές είναι παροδικά και ο κίνδυνος ανάπτυξης αντοχής

μεγάλος. Οι πάσχοντες από δερματικές βλάβες διασπείρουν ευκολότερα *S. aureus* από ότι οι ρινικοί φορείς.

**Συστάσεις :**

- Δεδομένου ότι δεν υπάρχει εργαστηριακός τρόπος αναγνώρισης των διασπειρόντων φορέων (π.χ. ορότυποι, λυσίτυποι κλπ) δεν συνιστάται τακτική αναζήτηση φορείας στο προσωπικό και συνεπώς θεραπεία παρά μόνο στα πλαίσια διερευνήσεως κάποιας επιδημίας. Φορείς σχετιζόμενοι με διασπορά απομακρύνονται από την φροντίδα ασθενών ή τον χειρισμό τροφίμων (IB).
- Κάθε δερματική πυορροούσα βλάβη σε μέλος προσωπικού πρέπει να καλλιεργείται και αυτό να απομακρύνεται από τη φροντίδα αρρώστων ή τον χειρισμό τροφίμων μέχρι είτε να αποκλεισθεί η σταφυλοκοκκική αιτιολογία της βλάβης ή να ιαθεί με την κατάλληλη θεραπεία (IB).

**Κ ) Στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις (Στρεπτόκοκκοι ομάδας Α – GAS) :**

Λοίμωξη σε προσωπικό από GAS είναι συνήθης μετά από επαφή με μολυσμένες εκκρίσεις και εκδηλώνεται με ποικιλία νοσημάτων, όπως σύνδρομο τοξικού shock, κυτταρίτιδα, λεμφαγγειίτιδα, φαρυγγίτιδα. Μετάδοση από προσωπικό σε ασθενείς έχει συνδεθεί με μικροεπιδημίες διαπυήσεων χειρουργικών τραυμάτων ή εγκαυμάτων και επιλοχείων λοιμώξεων και τροφιμογενώς με φαρυγγίτιδα. Η φορεία του προσωπικού έχει τεκμηριωθεί στο δέρμα, τον φάρυγγα, το ορθό και τον κόλπο.

Το προσωπικό μολύνεται συχνότερα με επαφή με μολυσμένο υλικό. Έχει όμως περιγραφεί και αερογενής μετάδοση από φορείς στο ορθό και τον κόλπο κατά την αλλαγή του ιματισμού.

Ο χρόνος επώασης είναι 2 έως 5 ημέρες για φαρυγγίτιδα, 7 έως 10 ημέρες για μολυσματικό κηρίο και ποικίλλει για τις λοιπές εκδηλώσεις.

Προκειμένου για φορείς μέλη του προσωπικού δεν συνιστάται τακτική αναζήτηση των φορέων παρά μόνο στα πλαίσια διερευνήσεως επιδημίας. Τότε πρέπει να λαμβάνονται καλλιέργειες από όλα τα προαναφερθέντα σημεία και το απομονούμενο στέλεχος πρέπει να τυποποιείται ορολογικά, όπως και εκείνο από τον άρρωστο προκειμένου να τεκμηριωθεί η συσχέτιση. Η θεραπεία των φορέων πρέπει να εξατομικεύεται δεδομένου ότι συχνά τα αποτελέσματα είναι παροδικά και γενικά δεν υπάρχει επαρκής εμπειρία σχετικά με τη θεραπεία φορέων εμπλεκόμενων σε επιδημίες.

**Συστάσεις:**

- Η μετάδοση στο προσωπικό προλαμβάνεται με την λήψη συνήθων γενικών μέτρων.
- Αν μέλος του προσωπικού έχει πυορροούσα δερματική βλάβη, αυτή πρέπει να καλλιεργείται. Ο πάσχων απομακρύνεται από την φροντίδα αρρώστων ή τον χειρισμό τροφίμων μέχρι είτε να αποκλεισθεί η στρεπτοκοκκική αιτιολογία της βλάβης ή για ένα τουλάχιστο 24ωρο μετά την έναρξη της κατάλληλης θεραπείας (IB)
- Δεν απαιτείται συστηματική απομάκρυνση πιθανών ή βεβαίων φορέων από την φροντίδα αρρώστων ή τον χειρισμό τροφίμων εκτός αν συνδέονται με επιδημίες (IB).

**ΚΑ) Φυματίωση :**

Η νοσοκομειακή διασπορά της φυματώσεως είναι γνωστή. Η για πολλά χρόνια ύπαρξη αποτελεσματικής αγωγής είχε ως συνέπεια τα προληπτικά μέτρα να ατονήσουν τουλάχιστον στη χώρα μας. Τα τελευταία χρόνια η πλήρης τήρηση των

κανόνων προστασίας έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία λόγω: α) της μεγάλης εισροής μεταναστών όπου η φυματίωση αποτελεί σημαντικό ενδημικό νόσημα, β) της εμφάνισης πολυανθεκτικών στελεχών και γ) της πανδημίας του AIDS το οποίο αύξησε την επίπτωσή της.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες που αυξάνουν τη μετάδοση της νόσου, είναι : α) η έκθεση σε σχετικά μικρούς και κλειστούς χώρους, β) η έλλειψη επαρκούς αερισμού για καθαρισμό του περιβάλλοντος μέσω αραίωσης ή απομάκρυνσης μολυσματικών σταγονιδίων, και γ) η ανακύκλωση μολυσματικών σταγονιδίων στον αέρα.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος μετάδοσης, προέρχεται από ασθενείς που παραμένουν αδιάγνωστοι και άρα χωρίς θεραπεία. Οπότε το κλειδί της σωστής αντιμετώπισης του νοσοκομειακού κινδύνου, είναι η πρόωμη διάγνωση και αντιμετώπιση των περιστατικών με ενεργό φυματίωση.

Ο ρυθμός μετατροπής της φυματινοαντίδρασης στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΗΠΑ εκτιμάται μεταξύ 0.11 – 10%, αλλά φθάνει το 18 –55% σε προσωπικό με έκθεση σε φυματικούς ασθενείς. Προσωπικό που πάσχει από νοσήματα προκαλούντα ανοσοανεπάρκεια έχει αυξημένο κίνδυνο αναπτύξεως ενεργού νόσου. Προσωπικό με HIV λοίμωξη μολυνθέν με *M. tuberculosis* έχει ετήσιο ρυθμό εκδήλωσης ενεργού νόσου 8 – 10%, ενώ ανοσοεπαρκή άτομα ισόβιο ρυθμό 10%.

Η πρόληψη της νόσου εξακολουθεί κατά μεγάλο μέρος να στηρίζεται στον εμβολιασμό με BCG. Σύμφωνα με δύο πρόσφατες μετα-αναλύσεις η αποτελεσματικότητά του είναι μεγάλη στα παιδιά (80%), αλλά σημαντικά μικρότερη στους ενήλικες (50%). Η αποτελεσματικότητά του σε εργαζόμενους στο χώρο της υγείας δεν έχει επαρκώς μελετηθεί. Μπορεί να προκαλέσει σοβαρές τοπικές βλάβες(δερματική βλάβη από απλό επώδυνο ερύθημα μέχρι πυορροούσα βλάβη με επιχώριο μασχαλαία ή τραχηλική λεμφαδενίτιδα) μέχρι και 3 μήνες μετά τον εμβολιασμό ή και συστηματικές βλάβες (μυοσκελετικές βλάβες, γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, γενικευμένη νόσο από BCG, την τελευταία κυρίως σε ανοσοκατασταλαμένους ασθενείς). Επί πλέον ο εμβολιασμός με BCG δυσχεραίνει την ανάγνωση της δερμοαντίδρασης.

#### **Συστάσεις :**

Ο έλεγχος της διασποράς της νόσου περιλαμβάνει λήψη μέτρων σε διάφορα επίπεδα και συγκεκριμένα :

#### **α) Στρατηγικές για πρόληψη της διασποράς της φυματικής λοίμωξης :**

Βασική προϋπόθεση είναι η λεπτομερής ανάλυση του κινδύνου και ο με βάση αυτή καθορισμός ειδικότερων μέτρων για το συγκεκριμένο κέντρο, για τα επί μέρους τμήματά του και για επί μέρους ομάδες εργαζομένων σ' αυτό. Η ανάλυση του κινδύνου περιλαμβάνει σαφή γνώση της επιδημιολογίας της φυματίωσης στην περιοχή, του αριθμού των νοσηλευόμενων κατά τμήμα στο συγκεκριμένο κέντρο, τον τύπο αντοχής του μυκοβακτηριδίου που απομονώνονται από νοσηλευόμενους στο συγκεκριμένο κέντρο, ανάλυση των αποτελεσμάτων του ελέγχου με Mantoux του προσωπικού κατά τμήμα και εργασιακή ομάδα, καθώς και των δυνατοτήτων εφαρμογής πολιτικής απομόνωσης.

Τα κύρια μέτρα ελέγχου διασποράς της νόσου απαιτούν διοικητικά μέτρα, τεχνικές παρεμβάσεις στο περιβάλλον και μέτρα ατομικής προστασίας (IB).

#### **1. Διοικητικά μέτρα :**

- Σχέδιο ελέγχου μόλυνσης : πρέπει να περιλαμβάνει την αναγνώριση των τμημάτων αυξημένου κινδύνου, συστάσεις για έλεγχο της μόλυνσης σ' αυτά, υπολογισμό των περιπτώσεων TB μεταξύ επαγγελματιών υγείας και των αναγκών σε υλικό και προσωπικό για την εκπαίδευση αυτών.
- Εκπαίδευση (τουλάχιστον μία φορά το χρόνο) : περιλαμβάνει επιμόρφωση για την επιδημιολογία της νόσου, την κλινική εικόνα και τον τρόπο μετάδοσης καθώς και την ανάγκη τήρησης του σχεδίου ελέγχου μόλυνσης και των πρακτικών, μέτρων & ρυθμίσεων, που μειώνουν την διασπορά της νόσου.
- Πρώιμη ανίχνευση και διάγνωση : προσπάθεια να τίθεται διάγνωση της νόσου σε αρχικό στάδιο, αξιολογώντας προσεκτικά τα αδρά κλινικά σημεία και τις ομάδες υψηλού κινδύνου.
- Εκπαίδευση των ασθενών με TB : προφυλάξεις κατά τον βήχα, με κάλυψη μύτης και στόματος με μαντήλι ή τα χέρια.
- Μείωση της έκθεσης κατά τη συλλογή πτυέλων και στο χώρο του εργαστηρίου : η λήψη του δείγματος πρέπει να γίνεται σε ανοικτούς ή καλά αεριζόμενους χώρους, χωρίς την παρουσία άλλων ατόμων. Την μεταφορά και επεξεργασία πρέπει να χειρίζονται μόνο εξουσιοδοτημένα άτομα, τηρώντας τους κανόνες ατομικής ασφαλείας.
- Αντιμετώπιση εξωνοσοκομειακών ασθενών : η διαλογή και αξιολόγηση υπόπτων για TB ασθενών πρέπει να γίνεται σε χώρους όπου εφαρμόζονται τα περιβαλλοντικά μέτρα και οι ύποπτοι ασθενείς να εξετάζονται μόνοι τους και κατά προτεραιότητα.
- Διαχείριση ενδονοσοκομειακών ασθενών : η προσπάθεια εφαρμογής πολιτικής απομόνωσης των ασθενών με TB, εξαρτάται από τις υποδομές του νοσοκομείου. Αν δεν υπάρχει δυνατότητα διαμονής τους σε ξεχωριστή κτιριακή μονάδα, τότε γίνεται προσπάθεια διαχωρισμού τους από τους υπόλοιπους ασθενείς, με απομόνωση τους σε ξεχωριστή πτέρυγα. Ο χώρος νοσηλείας πρέπει να πληρεί τις περιβαλλοντικές προϋποθέσεις που αναφέρονται παρακάτω, και οι ασθενείς να υπόκεινται σε περιορισμούς μετακίνησης. Ασθενείς με διαπιστωμένη ή ύποπτη πολυανθεκτική φυματίωση, χρειάζονται ιδιαίτερη διαχείριση και νοσηλεία σε ειδικές μονάδες.
- Λοιποί χώροι λήψης μέτρων : ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται σε χώρους όπου δυνητικά μετακινούνται οι ασθενείς με TB για την πραγματοποίηση κλινικών εξετάσεων, όπως το ακτινολογικό και βρογχολογικό / ενδοσκοπικό. Είναι σημαντικό να δίνεται προτεραιότητα στους ασθενείς αυτούς, ή να πραγματοποιείται η εξέταση σε χρόνο που η επαφή με άλλους εξεταζόμενους και προσωπικό να είναι η μικρότερη δυνατή. Ο ασθενής πρέπει να φέρει χειρουργική μάσκα και το προσωπικό που πραγματοποιεί την εξέταση όλα τα απαραίτητα μέτρα ατομικής προφύλαξης. Χειρουργεία σε ασθενείς με TB πρέπει να αναβάλλονται αν δεν είναι επείγοντα, ή να πραγματοποιούνται με ιδιαίτερες προφυλάξεις και στο τέλος της χειρουργικής ημέρας. Επίσης, οι χώροι που πραγματοποιείται το επισκεπτήριο, είναι καλό να είναι ανοικτοί ή πάρα πολύ καλά αεριζόμενοι.

## 2. Περιβαλλοντικά μέτρα :

Σκοπός των μέτρων αυτών είναι η μεγαλύτερη δυνατή ελάττωση στο ενδονοσοκομειακό περιβάλλον των μολυσματικών σταγονιδίων που αποβάλλουν με το βήχα, το φτέρνισμα, την ομιλία και το γέλιο οι μολυσματικοί ασθενείς.

- Η απλούστερη και οικονομικότερη μέθοδος είναι η αύξηση της φυσικής κυκλοφορίας του αέρα. Αυτό πετυχαίνεται με τη διαμόρφωση των χώρων υποδοχής, εξέτασης και νοσηλείας των ύποπτων ή διαγνωσμένων για TB ασθενών, έτσι ώστε να πετυχαίνεται ο καλύτερος αερισμός. Χώροι ανοικτοί στο περιβάλλον, δωμάτια με μεγάλα ανοικτά παράθυρα σε απέναντι τοίχους που το ρεύμα του αέρα οδηγείται στο εξωτερικό περιβάλλον.
- Πιο πολύπλοκη και δαπανηρή, αλλά αποτελεσματικότερη μέθοδος, είναι η εγκατάσταση εξοπλισμού μηχανικού εξαερισμού, που έχει ένδειξη σε δωμάτια με λίγα και μικρά παράθυρα και κυρίως σε μεγάλες αίθουσες, όπου η κίνηση του αέρα είναι περιορισμένη, και που εξυπηρετεί κατά τις ημέρες με «δύσκολες» καιρικές συνθήκες.
- Δύσκολη και μεγάλου κόστους μέθοδος είναι η χρησιμοποίηση φίλτρων αέρα και συσκευών υπερϊώδους βακτηριοκτόνου ακτινοβολίας. Χρήση βρίσκει σε χώρους με υψηλή επικινδυνότητα, όπου το κόστος μετατροπών για εφαρμογή μιας από τις προηγούμενες μεθόδους είναι μεγαλύτερο.

### 3. Ατομικά μέτρα προστασίας :

Τα ατομικά μέτρα προστασίας, αποτελούν την τελευταία ασπίδα του εργαζομένου υγείας απέναντι στο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, γι' αυτό και είναι ένα απαραίτητο συμπληρωματικό μέτρο.

- Οι χειρουργικές μάσκες, φτηνές και μίας χρήσης, έχουν θέση στην πρόληψη της διασποράς σταγονιδίων από τους ασθενείς, κι από αυτούς πρέπει συστηματικά να χρησιμοποιούνται κατά τις μετακινήσεις τους εκτός του χώρου νοσηλείας τους. Στο προσωπικό δεν παρέχουν προστασία καθώς δεν αποκλείουν τη διόδο του πιθανά μολυσμένου αέρα.
- Οι αναπνευστήρες, μάσκες που εφαρμόζουν απόλυτα στο πρόσωπο και φιλτράρουν τον αέρα, είναι το μέσο που πρέπει να χρησιμοποιεί το προσωπικό, όταν έρχεται σε επαφή με ασθενείς που είναι μολυσματικοί ή όταν χειρίζεται δείγματα του αναπνευστικού συστήματός τους. Παρέχουν καλή προστασία όταν τοποθετούνται σωστά και μπορούν να χρησιμοποιηθούν επί μακρόν αν γίνεται σωστή αποθήκευσή τους.

### **β) Έλεγχος των εργαζομένων για φυματινοαντίδραση :**

- Εάν είναι δυνατόν όλο το προσωπικό και οπωσδήποτε αυτό που υπάρχει πιθανότητα να εκτεθεί σε φυματική λοίμωξη πρέπει οπωσδήποτε να ελέγχεται με φυματινοαντίδραση πριν αναλάβει καθήκοντα (IA)
- Η φυματινοαντίδραση (Mantoux) ελέγχεται με ενδοδερμική ένεση 5 μονάδων (0.1 ml) φυματίνης PPD (IB).
- Η εκτέλεση, η ανάγνωση και η εκτίμηση των αποτελεσμάτων πρέπει να γίνεται από έμπειρο και ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό (IA)
- Τα κριτήρια, που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση, βασίζονται στον σκοπό για τον οποίο γίνεται η εξέταση (διαγνωστικός ή επιδημιολογικός), στον επιπολασμό της νόσου στο συγκεκριμένο πληθυσμό, στην ανοσολογική



κατάσταση του εξεταζομένου και σε τυχόν προηγούμενο εμβολιασμό με BCG. (IB)

- Για νεοπροσλαμβανόμενους με αρνητική αρχική φυματοαντίδραση και μη τεκμηριωμένη αρνητική φυματοαντίδραση κατά τους προηγούμενους 12 μήνες, ο έλεγχος πρέπει να γίνεται σε δύο στάδια (II).
- Ανοσοκατασταλμένα μέλη του προσωπικού δεν είναι απαραίτητο να ελέγχονται για ανεργία κατά το χρόνο εκτέλεσης της φυματοαντίδρασης (IB).
- Άτομα με αρνητική αρχική φυματοαντίδραση πρέπει περιοδικά να επανελέγχονται (IA) με συχνότητα που καθορίζεται από την ανάλυση του κινδύνου όπως ανωτέρω εξετάθη και τους ισχύοντες γενικότερους υγειονομικούς κανονισμούς για τον τόπο ή τη χώρα (IB).
- Ανοσοκατεσταλμένα άτομα που εκτίθενται σε φυματίωση πρέπει να ελέγχονται ανά εξάμηνο (II).
- Δεν απαιτείται επανέλεγχος ατόμων με θετική την αρχική φυματοαντίδραση ή άτομα που έχουν λάβει θεραπεία για φυματίωση (IB)

**γ) Αντιμετώπιση των εχόντων θετική φυματοαντίδραση :**

- Κάθε εργαζόμενος με θετική φυματοαντίδραση πρέπει να αξιολογείται για ενεργό νόσο και να ελέγχεται με βάση το ιστορικό κατά πόσον η λοίμωξη αποκτήθηκε στο νοσοκομείο ή στην κοινότητα (IB).
- Ο έλεγχος πρέπει να περιλαμβάνει ακτινογραφία θώρακος, η οποία αν αποβεί αρνητική επαναλαμβάνεται μόνο επί εκδηλώσεως ενδεικτικών συμπτωμάτων (IB)
- Επί πλέον πρέπει περιοδικά να τους υπενθυμίζονται τα συμπτώματα της νόσου και να τονίζεται η ανάγκη άμεσης προσέλευσης για διερεύνηση στο γιατρό προσωπικού ή ειδικευμένο πνευμονολόγο αν υπάρχει, όταν εμφανισθεί κάποιο από αυτά (IB).

**δ) Προφυλακτική θεραπεία (θεραπεία λανθάνουσας φυματικής λοίμωξης):**

- Πρέπει να συνιστάται σε κάθε άτομο με θετική φυματοαντίδραση που είναι μικρότερο των 35 ετών (IA) όπως επίσης, ασχέτως ηλικίας, σε κάθε άτομο με πρόσφατη μεταστροφή της φυματοαντίδρασης ή που είχε στενή επαφή με πάσχοντα από ενεργό φυματίωση ή πάσχον από νόσημα που το καθιστά αυξημένου κινδύνου να εκδηλώσει ενεργό νόσο ή HIV θετικό ή που κάνει χρήση ενδοφλεβίων τοξικών ουσιών (IB)

**ε) Αντιμετώπιση ατόμου που εκτέθηκε σε ενεργό φυματίωση :**

- Άτομα με αρνητική την φυματοαντίδραση, αυτή επαναλαμβάνεται το συντομότερο δυνατόν και επί αρνητικής πάλι μετά από 12 εβδομάδες (IB).
- Άτομα με θετική τη φυματοαντίδραση, δεν απαιτείται επανάληψη ούτε εκτελείται ακτινογραφία θώρακος, παρά μόνο αν υπάρξουν συμπτώματα (IB)

**στ) Περιορισμοί εργασίας :**

- Άτομα με ενεργό πνευμονική ή λαρυγγική νόσο αποκλείονται από την εργασία μέχρι να βεβαιώσει ο θεράπων γιατρός, ότι ευρίσκονται υπό την κατάλληλη θεραπεία και ότι τρία διαδοχικά δείγματα πτυέλων που συλλέχτηκαν σε τρεις συνεχόμενες ημέρες είναι αρνητικά. Μετά την επάνοδο, πρέπει να υπάρχει περιοδική βεβαίωση από τον θεράποντα γιατρό, ότι ο ασθενής τελεί υπό θεραπεία για το απαιτούμενο χρονικό διάστημα και ότι τα πτύελά του παραμένουν αρνητικά για οξεία μυκοβακτηρίδια (IB)
- Άτομα που διακόπτουν πρόωρα την θεραπεία πρέπει να εξετάζονται για μεταδοτικότητα και όσα παραμένουν μεταδοτικά να αποκλείονται μέχρι να επαναληφθεί η θεραπεία, να τεκμηριωθεί η ανταπόκριση σ' αυτή και τα πτύελα να αρνητικοποιηθούν για οξεία μυκοβακτηρίδια (IB)

- Για άτομα που δεν συμμορφώνονται πρέπει να επιχειρείται άμεσα επιβλεπόμενη θεραπεία (IB).
- Δεν αποκλείονται από τα καθήκοντά τους άτομα με άλλη εντόπιση φυματίωσης (IB), όπως επίσης και τα άτομα που παίρνουν προληπτική θεραπεία λόγω θετικής φυματινοαντίδρασης (IB)

**ζ) Ανοσοκατασταλμένα μέλη του προσωπικού :**

- Φρόνιμο είναι να τοποθετούνται σε θέσεις όπου έχουν τον μικρότερο κίνδυνο έκθεσης σε φυματίωση (II)

**η) Εμβολιασμός με BCG:**

- Δεν συνιστάται ως γενικευμένο μέτρο για όλους τους εργαζόμενους με αρνητική φυματινοαντίδραση (IB), αλλά μόνο για εκείνους που εργάζονται σε περιοχές όπου υψηλό ποσοστό των απομονούμενων στελεχών του *M. tuberculosis* παρουσιάζει αντοχή στην ισονιαζίδη και στη ριφαμπικίνη, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος μόλυνσης και νόσου από τέτοια πολυανθεκτικά μυκοβακτηρίδια, άλλα μέτρα προστασίας έχουν αποτύχει (II) και αφού αυτοί ενημερωθούν για τα πιθανά οφέλη και κινδύνους τόσο από το εμβόλιο όσο και από την προφυλακτική θεραπεία (IB).
- Απαγορεύεται ο εμβολιασμός εγκύων και ανοσοκατεσταλμένων (II).

**KB) Ψώρα και φθειρίαση :**

Η ψώρα είναι παρασίτωση του δέρματος προκαλούμενη από το άκαρι *Sarcoptes scabiei*. Η μετάδοση απαιτεί παρατεταμένη επαφή όπως πλύσιμο ή περιποίηση δέρματος πάσχοντος. Λιγότερο στενή επαφή όπως απλό πιάσιμο καθώς και έμμεση μετάδοση έχει μικρό κίνδυνο, εκτός της Νορβηγικής ψώρας όπου ο πάσχων παρασιτείτε από πολύ μεγάλο αριθμό ακάρεων.

Η φθειρίαση προκαλείται από παρασίτωση με κάποιο από τα ακόλουθα είδη φθειρών: *Pediculus humanus capitis* (φθειρίαση κεφαλής), *Pediculus humanus corporis* (Φ. σώματος) και *Phthirus pubis* (Φθειρίαση εφηβαίου). Η πρώτη μεταδίδεται με άμεση επαφή τριχών κεφαλής ή έμμεσα με μολυσμένες κτένες, βούρτσες ή καπέλα. Νοσοκομειακή μετάδοση δεν είναι συχνή, αλλά έχει αναφερθεί. Η δεύτερη σχετίζεται με καταστάσεις συνωστισμού και εξαθλίωσης και μεταδίδεται με επαφή με το δέρμα ή τα ρούχα παρασιτούμενου. Νοσοκομειακή μετάδοση θεωρείται απίθανη. Τέλος η τρίτη που ανευρίσκεται στο τρίχωμα του εφηβαίου μεταδίδεται με άμεση ή σεξουαλική επαφή. Νοσοκομειακή μετάδοση θεωρείται επίσης λίαν απίθανη.

**Συστάσεις :**

- Κάθε άτομο που εκτέθηκε σε ψώρα ή φθειρίαση πρέπει να ελέγχεται και να θεραπεύεται ακόμα και σε περίπτωση πιθανής μόλυνσης (IA).
- Δεν απαιτείται να παρέχεται προφυλακτική θεραπεία σε όλους όσους εκτέθηκαν σε ψώρα (II) αλλά μόνο εκεί όπου έχει επισυμβεί μετάδοση (II).
- Για επαφές με φθειρίαση θεραπεία απαιτείται μόνο σε περίπτωση ενδείξεων παρασίτωσης (II).
- Μέλη του προσωπικού που προσβλήθηκαν από ψώρα ή φθειρίαση πρέπει να αποκλείονται μέχρι να λάβουν την κατάλληλη θεραπεία και να επιβεβαιωθεί η ίασή τους (IB)

**ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ :**

**1. Έγκυες :** Οι ανοσολογικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, που αφορούν κυρίως ορισμένες λειτουργίες της κυτταρικής ανοσίας με

σκοπό να μη αποβληθεί το κύημα γενικά δεν αυξάνουν την ευπάθεια των εγκύων στις λοιμώξεις. Ορισμένες όμως λοιμώξεις όπως η ανεμευλογιά μπορεί να έχουν βαρύτερη πορεία στην εγκυμοσύνη, ενώ η διαπλακουντακή μόλυνση του εμβρύου με ορισμένους ιούς, (π.χ. CMV, ερυθράς κλπ) μπορεί να οδηγήσει σε βαριές συγγενείς λοιμώξεις. Επί πλέον ορισμένα αντιμικροβιακά φάρμακα και κυρίως τα αντιφυματικά μπορεί να αντενδείκνυνται σε κύηση.

**Συστάσεις :**

- Οι έγκυες πρέπει να είναι ενημερωμένες για τους κινδύνους που διατρέχουν τόσο αυτές όσο και το κύημα καθώς και για τα βασικά προληπτικά μέτρα (IB).
- Η εγκυμοσύνη δεν αποτελεί από μόνη της λόγο απομάκρυνσης των εγκύων από τη νοσηλεία ασθενών πασχόντων από δυνητικά επικίνδυνες για το κύημα λοιμώξεις (IB).

Οι ειδικότερες κατά νόσημα συστάσεις αναφέρονται στα οικεία κεφάλαια.

**ΒΑΘΜΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ  
ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΙΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ  
ΕΚΤΙΘΕΝΤΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

<b>Νόσημα</b>	<b>Κίνδυνος μετάδοσης</b>
<b>Κυτταρομεγαλοϊός</b>	<b>Χαμηλός κίνδυνος μετάδοσης, συμπτωματικής νόσου</b>
<b>Εντεροϊοί</b>	<b>Υψηλός κίνδυνος μετάδοσης κατά τον τοκετό, μικρότερος για τους coxsackie</b>
<b>Ηπατίτιδα Β</b>	<b>Υψηλός κίνδυνος στο τρίτο τρίμηνο λοίμωξης της μητέρας</b>
<b>Έρπητας απλός</b>	<b>Χαμηλός κίνδυνος, λοίμωξη κατά την διάρκεια του τοκετού</b>
<b>Γρίπη</b>	<b>Χαμηλός κίνδυνος</b>
<b>Ιλαρά</b>	<b>Χαμηλός κίνδυνος</b>
<b>Παρωτίτιδα</b>	<b>Απροσδιόριστη</b>
<b>Παρβοϊός Β19</b>	<b>Χαμηλός κίνδυνος κάθετης μετάδοσης</b>
<b>Ερυθρά</b>	<b>Πολύ υψηλός κίνδυνος μετάδοσης το πρώτο τρίμηνο</b>
<b>Σύφιλη</b>	<b>Υψηλός κίνδυνος σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης</b>
<b>Τοξοπλάσμωση</b>	<b>Υψηλότερη το τρίτο τρίμηνο</b>
<b>Φυματίωση</b>	<b>Σπάνια, ανεπαρκή στοιχεία για τον καθορισμό του κινδύνου</b>
<b>Ανεμευλογιά</b>	<b>Υψηλός κίνδυνος ,εάν το εξάνθημα εμφανισθεί 5 ημέρες πριν και 2 ημέρες μετά τον τοκετό</b>

**2.Εργαστηριακοί :** Παρά τη βελτίωση της τεχνολογίας και τη χρήση ασφαλέστερων τεχνικών, το προσωπικό των εργαστηρίων εξακολουθεί να αποτελεί προσωπικό αυξημένου κινδύνου για επαγγελματική μετάδοση λοίμωξης. Σε ανασκόπηση των εργαστηριακών λοιμώξεων στις ΗΠΑ μεταξύ 1950 και 1974 ευρέθηκαν περισσότερες από 4000 τεκμηριωμένες εργαστηριακές λοιμώξεις από τις οποίες οι 10 συχνότερες ήσαν η βρουκέλλωση, ο πυρετός Q, οι ηπατίτιδες και κυρίως η ηπατίτιδα Β, ο τυφοειδής πυρετός, η τουλαραιμία, οι δερματομυκητιάσεις, η εγκεφαλίτιδα του ίππου της Βενεζουέλας, η ψιττάκωση και η κοκκιδιοειδομύκωση.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μείωση της συχνότητας των βακτηριακών και αύξηση εκείνης των ιογενών λοιμώξεων .

Οι εργαστηριακοί μολύνονται από εισπνοή αερολυμάτων που δημιουργούνται από τα δείγματα, κατάποση μολυσμένου υλικού (χειρισμός πιπετών με το στόμα), ή με διαδερματικό ενοφθαλμισμό (τρυπήματα).

Επί πλέον των προφυλακτικών μέτρων που επιβάλλονται από τους κανόνες βιοασφάλειας, απαιτούνται και ατομικά μέτρα προστασίας (εμβολιασμοί, μέτρα μετά από έκθεση). Οι ειδικότερες κατά νόσημα συστάσεις αναφέρονται στα οικεία κεφάλαια. Το προσωπικό πρέπει να είναι καλά ενημερωμένο για τα μέτρα αυτά.

**3.Προσωπικό τμημάτων επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) :** Το προσωπικό των ΤΕΠ, καθώς και οι εμπλεκόμενοι στη μεταφορά οξέων πασχόντων στα νοσοκομεία μπορεί να εκτεθούν σε αναγνωρισμένες αλλά και σε μη ακόμα αναγνωρισμένες λοιμώξεις. Σε ορισμένες τουλάχιστο χώρες είναι νομοθετικά επιβεβλημένο να αναζητούνται τα άτομα που εκτέθηκαν σε κάποιο τέτοιο παράγοντα, να ενημερώνονται και να λαμβάνονται όλα τα τυχόν υπάρχοντα μέτρα μετά από έκθεση.

#### **4.Προσωπικό εμπλεκόμενο σε επιδημίες βακτηριακών λοιμώξεων :**

- Δεν συνιστάται η για προληπτικούς λόγους λήψη καλλιεργειών από το προσωπικό γενικά (ΙΑ).
- Σε περιπτώσεις επιδημίας, και μόνο από το προσωπικό που με βάση την επιδημιολογική έρευνα συνδέεται με αυτήν, πρέπει να λαμβάνονται καλλιέργειες και το απομονούμενο μικρόβιο να τυποποιείται και να συγκρίνεται με εκείνο των ασθενών (ΙΒ).
- Τα θετικά μέλη πρέπει να απομακρύνονται από τα καθήκοντά τους μέχρι να πάντων να αποτελούν φορείς ή ελεγχθεί η επιδημία (ΙΒ).
- Δεν απομακρύνονται αποικισμένα μέλη που ανιχνεύονται σε τυχαίο έλεγχο αν δεν συνδέονται με επιδημία. (ΙΒ).

**5.Ευαισθησία σε latex :** Η χρήση γαντιών, ειδικά μετά την εισαγωγή των καθολικών προφυλάξεων έχει σημαντικά αυξηθεί με συνέπεια την αύξηση των περιπτώσεως αλλεργίας από τη χρήση τους. Τα γάντια κατασκευάζονται από latex, το οποίο είναι μείγμα πρωτεϊνών από το δένδρο *Hevea braziliensis*. Οι αντιδράσεις μπορεί να είναι είτε τοπικές είτε συστηματικές. Οι τοπικές αντιδράσεις μπορεί να είναι είτε αληθώς αλλεργικές είτε ερεθιστικές από διάφορα χημικά που χρησιμοποιούνται για την κατεργασία του latex. Διάκριση μεταξύ αυτών των δύο είναι αδύνατη με βάση την κλινική εικόνα και μπορεί να γίνει μόνο με ανίχνευση ειδικών IgE αντισωμάτων. Με βάση αυτή την εξέταση έχει αποδειχθεί ότι μόνο μικρό μέρος των τοπικών αντιδράσεων είναι αληθείς αλλεργικές αντιδράσεις. Αντίθετα, οι συστηματικές αντιδράσεις αποδεικνύονται όλες αλλεργικού τύπου.

Στις ΗΠΑ αναφέρεται συχνότητα μεταξύ 2.9% και 17%. Είναι αυξημένη σε προσωπικό με συχνότερη έκθεση. Έτσι είναι σπάνιες σε προσωπικό που δεν εκτελεί κλινικό έργο (συχνότητα 0% διοικητικών υπαλλήλων έναντι 37% των ειδικευομένων οδοντιάτρων) και στο προσωπικό χειρουργείων (6.2% έναντι 1.6% σε προσωπικό κοινών θαλάμων και εργαστηρίων). Ο κίνδυνος αλλεργίας δεν φαίνεται να συνδέεται άμεσα με το ποσό της περιεχόμενης πρωτεΐνης, η οποία ποικίλει ανάλογα με τη μάρκα, αλλά είναι αυξημένος με τα γάντια που περιέχουν σκόνη για λιπαντικό. Άτομα με άλλες αλλεργίες αναφέρεται ότι επίσης έχουν αυξημένο κίνδυνο. Παρόμοια δεδομένα έχουν προκύψει και από μελέτη που έγινε από το

Αλλεργιολογικό Ιατρείο της Πανεπιστημιακής Κλινικής Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός» και από τη Μ.Ε.Θ. του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Πειραιά (1) σε δύο νοσηλευτικές μονάδες (Μ.Ε.Θ. και Δερματολογική Κλινική) σε σύνολο 77 ατόμων που ελέγχθηκαν με μέσο χρόνο εργασίας 11,4 έτη (2-25) και καθημερινή χρήση γαντιών 1-4 ώρες / 24ωρο. Συγκεκριμένα παρουσίασαν:

- Δερματίτιδα εξ επαφής 70 % (ενεργό ή στο παρελθόν)
- Κνησμό με τη χρήση γαντιών 23%
- Ατομικό ιστορικό ατοπικών νοσημάτων 22%
- Ιστορικό κνίδωσης / αγγειοοιδήματος 22%

Τα αποτελέσματα Prick tests (που υποδείκνυαν εξ επαφής κνίδωση στο latex) ήταν θετικά στο εμπορικό latex σε 11 άτομα (ένας άνδρας, 10 γυναίκες) από τα 77 άτομα (14,28%). Οι 8 από τους 11 είχαν δερματίτιδα εξ επαφής και οι 9 από τους 11 είχαν εκδηλώσεις από το δέρμα και το αναπνευστικό.

Η διάγνωση γίνεται κατ' αρχήν με δερμοαντίδραση που χρησιμοποιείται κυρίως ως μέθοδος ανίχνευσης και επιβεβαιώνεται με αναζήτηση ειδικών IgE αντισωμάτων στο αίμα.

#### **Συστάσεις :**

- Κάθε νοσοκομείο πρέπει να έχει σαφή πολιτική, εκφρασμένη σε πρωτόκολλο σχετικά με τη διάγνωση και αντιμετώπιση της αλλεργίας στο latex στο προσωπικό, την καταγραφή αυτών των περιπτώσεων, την αγορά γαντιών και την αξιολόγηση των προληπτικών μέτρων (IB).
- Για την επιλογή προμηθευτή γαντιών πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη η αποδοχή της συγκεκριμένης μάρκας από το προσωπικό καθώς και η αποτελεσματικότητά τους σαν φραγμός (IB).
- Για τη διευκόλυνση επιλογής από το προσωπικό πρέπει να τηρείται κατάλογος των χρησιμοποιούμενων από το νοσοκομείο γαντιών ανάλογα με τον αν είναι κατασκευασμένα από latex ή όχι και αν περιέχουν σκόνη ή όχι. (II).
- Κάθε εκδήλωση συμπτωμάτων ενδεικτικών αλλεργίας σε μέλος του προσωπικού πρέπει να διερευνάται. Σε άτομα που με βάση αυτή την αξιολόγηση το ενδεχόμενο αλλεργίας είναι λίαν πιθανό πρέπει αυτή να επιβεβαιώνεται με ορολογική μέθοδο (IB)
- Σε χώρους όπου παρατηρείται αυξημένη ευαισθητοποίηση του προσωπικού πρέπει να αντικαθίστανται τα γάντια με ίδια χωρίς σκόνη ή με γάντια που δεν παρασκευάζονται από latex (IB). Προσωπικό με τοπική αντίδραση μπορεί να χρησιμοποιεί γάντια μη παρασκευασμένα από latex. (IB). Προσωπικό με συστηματική αντίδραση στο latex πρέπει να αποφεύγει τη χρήση κάθε προϊόντος παρασκευασμένου από latex (IB).

Δεν υπάρχουν συστάσεις για την για προληπτικούς λόγους γενικευμένη εισαγωγή γαντιών μη παρασκευασμένων από latex ούτε για τη χρήση περιβαλλοντικών μέτρων (όπως γραμμική ροή αέρα) για τη μείωση των αεροαλλεργιογόνων του latex.

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Bolyard EA, Tablan OC, Williams WW, Pearson ML, Shapiro CN, Deitchman SD and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee :  
Guideline for infection control in health care personnel, 1998  
AJIC 1998; 26:289-354

2. Επιστημονική Επιτροπή Αντιρετροϊκών Φαρμάκων Γραφείου HIV Λοίμωξης Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων. Κατευθυντήριες Οδηγίες για Αντιρετροϊκή Αγωγή. Νοέμβριος 2002.
3. Α. Κόζιακα, Ε. Μπανκόβσκα, Κ.Ξένος, Δ. Καλογερομήτρος, Γ.Κάτσαρης, Α.Κατσαρού.  
Αλλεργία στο “latex” σε προσωπικό Νοσοκομείων στην Αθήνα.  
Αλλεργιολογικό ιατρείο της Πανεπιστημιακής Κλινικής Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων του Νοσοκομείου «Α.Συγγρος» και τη Μ.Ε.Θ. του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Πειραιά  
8<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Δερματολογίας και Αφροδισιολογίας, Θεσσαλονίκη 26-29 Ιουνίου 2003.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**ΠΙΝΑΚΑΣ Ι: ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ: ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΣΤΗΝΟΝΤΑΙ ΑΥΣΤΗΡΑ ΓΙΑ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ: ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΙ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ**

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΙV: ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΑΝΤΙ-ΗΙV ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ**

**ΠΙΝΑΚΑΣ V: ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΑΝΤΙ-ΗΙV ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΩΝ Η ΑΘΙΚΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ\***

**ΠΙΝΑΚΑΣ VI: ΣΧΗΜΑΤΑ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΩΝ Η ΑΘΙΚΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ**

**ΠΙΝΑΚΑΣ VII: ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑΣ**

## ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

### ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Νόσος	Προφύλαξη	Ενδείξεις	Μείζονες προφυλάξεις και αντενδείξεις	Ειδικές παρατηρήσεις
Διφθερίτιδα	1 δόση βενζαθινικής πενικιλίνης 1,2 IU, IM ή ερυθρομυκίνη po για 7 ημέρες	Έκθεση ή φορεία		Χορηγείται 1 δόση εμβολίου εάν >5 χρόνια από τον εμβολιασμό
Ηπατίτιδα Α	1 δόση IG 0,02 ml/kg, IM εντός 2 εβδομάδων από την έκθεση.	Έκθεση σε κόπρανα ασθενών σε οξεία φάση	Άτομα με έλλειψη IgA. Δεν χορηγείται 2 εβδομάδες μετά το MMR, και 3 μετά το εμβόλιο της ανεμευλογιάς	
Ηπατίτιδα Β	HBIG 0,06ml/kg IM, το ταχύτερο δυνατό και έως 7 ημέρες από την έκθεση (και 1 δόση εμβολίου). Δεύτερη δόση σε 1 μήνα ,εάν δεν έχει αρχίσει το εμβόλιο	Έκθεση διαδερματική ή βλεννογονική, με αίμα αγνώστου για οροθετικότητα		
Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος	Ριφαμπικίνη 600mg po κάθε 12 ώρες για 2 ημέρες , κεφτριαξόνη 250mg IM άπαξ ή σιπροφλοξασίνη 500 mg po άπαξ.	Προσωπικό σε επαφή με αναπνευστικές εκκρίσεις χωρίς προφύλαξη.	Ριφαμπικίνη και σιπροφλοξασίνη δεν συνιστώνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.	
Κοκκύτης	Ερυθρομυκίνη 500mg qid po ή τριμεθροπρίμη σουλφαμεθοξάζολη 1 tb bid po για 14 ημέρες ή κλαριθρομυκίνη 500mg bid po για 7 ημέρες .	Προσωπικό σε άμεση επαφή με αναπνευστικές εκκρίσεις ασθενών.		



Λύσσα	HIRG 20IU/Kg, 1/2 στην πληγή και 1,0 ml εμβολίου IM τις ημέρες 0,3,7,14,28	Άτομα που τους δάγκωσε άνθρωπος ή ζώο με λύσσα ή μολύνθηκαν με υλικό εργαστηρίου.	Άτομα που έχουν εμβολιαστεί λαμβάνουν μια δόση εμβολίου την ημέρα 0 και 3.
Ανεμευλογιά Ζωστήρας	VZIG<50Kg 125 U/10Kg IM>50Kg 625U	Εργαζόμενοι σε επαφή με ασθενή και σε μεγάλο κίνδυνο για τις επιπλοκές, όπως έγκυες και ανοσοκατασταλμένοι	Έλεγχος αντισωμάτων βοηθάει στην απόφαση χορήγησης VZIG. Αργότερα προσφέρεται εμβόλιο.

## ΠΙΝΑΚΑΣ II

### ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΣΤΗΝΟΝΤΑΙ ΑΥΣΤΗΡΑ ΓΙΑ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Γενικό όνομα	Δοσολογία	Ενδείξεις	Προφυλάξεις και αντενδείξεις	Ειδικά σχόλια
Εμβόλιο παρωτίτιδας .Ζωντανός ιός	1 δόση SC. Δε χρειάζεται επαναληπτική	Εργαζόμενοι που είναι ευαίσθητοι εμβολιάζονται Ενήλικες γεννημένοι πριν το 1957 θεωρούνται ότι έχουν ανοσία	Εγκυμοσύνη, ανοσοκαταστολή, αλλεργία στη ζελατίνη ή νεομυκίνη	MMR είναι το εμβόλιο εκλογής εφόσον το άτομο είναι επίνοσο σε ιλαρά και ερυθρά
Εμβόλιο ερυθράς. Ζωντανός ιός	1 δόση υποδορίως Δεν χρειάζεται επαναληπτική	Εργαζόμενοι άνδρες και γυναίκες που δεν αποδεικνύεται ότι έκαναν το εμβόλιο ή ότι έχουν ανοσία Άτομα που γεννήθηκαν πριν το 1957, θεωρούνται ότι έχουν ανοσία, εκτός από γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία	Εγκυμοσύνη, ανοσοκαταστολή, αλλεργία στη νεομυκίνη	Γυναίκες σε εγκυμοσύνη, ή που μένουν έγκυες σε 3 μήνες από τον εμβολιασμό ενημερώνονται για τον θεωρητικό κίνδυνο που διατρέχει το έμβρυο. Ο κίνδυνος είναι αμελητέος. MMR είναι το εμβόλιο εκλογής
Εμβόλιο Ανεμυλογιάς Ζωντανός ιός	2 δόσεις 0,5 ml SC, με 4-8 εβδομάδες διαφορά, εάν >13 ετών	Εργαζόμενοι χωρίς ιστορικό ανεμυλογιάς ή εργαστηριακή απόδειξη ανοσίας μέσω αντισωμάτων	Εγκυμοσύνη, ανοσοκαταστολή, αλλεργία στη νεομυκίνη. Η χρήση των σαλικυλικών απαγορεύεται τους 6 πρώτους μήνες μετά τον εμβολιασμό	71-93% των ατόμων χωρίς ιστορικό έχουν ανοσία. Ο έλεγχος αντισωμάτων πριν τον εμβολιασμό είναι πολυέξοδος
Εμβόλιο Ηπατίτιδας Β Ανασυνδυσμένο	Δύο δόσεις IM στον δελτοειδή μυ, με διάστημα 4 εβδομάδων, 3 <sup>η</sup> δόση 5 μήνες μετά τη 2 <sup>η</sup> .  Επαναληπτικές δόσεις δεν χρειάζονται.	Εργαζόμενοι σε επαφή με αίμα και σωματικά υγρά.	Δεν υπάρχει επίδραση σε αναπτυσσόμενα έμβρυα ή σε εγκύους. Ιστορικό αναφυλακτικών αντιδράσεων στους ζυμομύκητες.	Δεν υπάρχουν θεραπευτικές επιδράσεις ή παρενέργειες σε άτομα με Ηπατίτιδα Β. Έλεγχος αντισωμάτων πριν το εμβόλιο εξαρτάται από το κόστος και την επικρατούσα ανοσία στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Εργαζόμενοι σε επαφή με ασθενείς

				ή αίμα ελέγχουν αντισώματα 1-2 μήνες μετά την ολοκλήρωση όλων των δόσεων του εμβολίου.
Εμβόλιο γρίπης (αδρανοποιημένος ιός ολόκληρος ή τεμαχισμένος)	Ετησίως μία δόση IM.	Εργαζόμενοι σε επαφή με ασθενείς υψηλού κινδύνου, με ιατρικά προβλήματα και >65 ετών.	Ιστορικό αλλεργικών αντιδράσεων στο αυγό.	Δεν φαίνεται να υπάρχει κίνδυνος για τις εγκύους ή το έμβρυο.
Εμβόλιο Ιλαράς Ζωντανός ιός	1 δόση SC, 2 <sup>η</sup> δόση 1 μήνα αργότερα.	Εργαζόμενοι που γεννήθηκαν το 1957 και μετά , χωρίς απόδειξη ότι έλαβαν 2 δόσεις εμβολίου μετά τα 1 <sup>α</sup> γενέθλια ή ότι διεγνώσθη ιλαρά ή υπάρχει εργαστηριακή επιβεβαίωση ανοσίας. Ισχύει για όλους.	Εγκυμοσύνη, ανοσοκαταστολή. Αλλεργία στη ζελατίνη, νεομυκίνη ή πρόσφατη λήψη ανοσοσφαιρίνης.	Το MMR είναι εμβόλιο που ισχύει και για άτομα ευαίσθητα στην ερυθρά και την παρωτίτιδα. Άτομα που μεταξύ του 1963-67 έλαβαν μόνο εμβόλιο ιλαράς από νεκρό ιό ή ακολουθήθηκε από εμβόλιο με ζωντανό ιό ή εμβόλιο άγνωστο, λαμβάνουν δύο δόσεις του εμβολίου.

### ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ

#### ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΙ ΣΕ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Γενικό όνομα	Δοσολογία	Ενδείξεις	Προφυλάξεις και αντενδείξεις	Ειδικά σχόλια
Εμβόλιο BCG	1 διαδερμική δόση, 0,3 ml. Δεν συνιστάται επαναληπτική δόση	Εργαζόμενοι σε περιβάλλον με ανθεκτικά μυκοβακτηρίδια, υπάρχει σοβαρή πιθανότητα για λοίμωξη και οι προφυλάξεις για έλεγχο της λοίμωξης δεν είναι ικανοποιητικές.	Εγκυμοσύνη και ανοσοκαταστολή.	Στις Η.Π.Α οι μεγαλύτερες προσπάθειες επικεντρώνονται στην πρόιμη διάγνωση και θεραπεία της νόσου καθώς και στην προφύλαξη με ισονιαζίδη, για αυτούς που θετικοποιούν τη δερμοαντίδραση
Εμβόλιο Ηπατίτιδας Α	2 δόσεις εμβολίου ενδομυϊκά με διάστημα 6-12 μηνών	Συνιστάται για εργαζόμενους που έρχονται σε επαφή με μολυσμένα άτομα ή με τον ιό ΗΑΥ στο εργαστήριο	Αλλεργία στη στύψη και στο συντηρητικό 2 φενοξυ-εθανόλ. Η ασφάλεια του εμβολίου σε εγκύους δεν έχει υπολογισθεί. Ο κίνδυνος για το έμβρυο είναι σχετικά χαμηλός και πρέπει να συγκριθεί με τον κίνδυνο της ηπατίτιδας σε γυναίκες υψηλού κινδύνου	Εργαζόμενοι σε τομείς υγείας που ταξιδεύουν σε ενδημικές περιοχές θα πρέπει να εμβολιάζονται
Μηγγιγτιδοκκοκκικό πολυσακχαριδικό εμβόλιο ( Τετραδύναμο Α, C, W135 και Υ)	1 δόση με τρόπο καθοριζόμενο από τον κατασκευαστή. Πιθανόν χρειάζεται επαναληπτική.	Συνήθως δεν συνιστάται στους εργαζόμενους στο νοσοκομείο.	Δεν έχει υπολογιστεί η ασφάλεια σε εγκύους. Δεν χορηγείται κατά τη διάρκεια της κύησης εκτός εάν ο κίνδυνος είναι μεγάλος.	Μπορεί να είναι χρήσιμο σε ορισμένες επιδημικές εξάρσεις της νόσου.
Συνεξευγμένο εμβόλιο ( C).				
Εμβόλιο πολιομυελίτιδας (Αδρανοποιημένος ιός).	2 δόσεις υποδόρια σε διάστημα 4-8 εβδομάδων. Μία 3 <sup>η</sup> δόση 6-12 μήνες μετά την 2 <sup>η</sup> . Επαναληπτικές δόσεις δίνονται υποδόρια ή από	Εργαζόμενοι σε στενή επαφή με άτομα που αποβάλλουν άγριο ιό ή που εργάζονται στα εργαστήρια.	Ιστορικό αλλεργίας στην στρεπτομυκίνη και νεομυκίνη. Δεν συνιστάται κατά την κύηση εκτός αν υπάρχει λόγος άμεσης προφύλαξης.	Χρήση του εμβολίου στην υποδόρια μορφή σε άτομα με ανοσοκαταστολή ή σε προσωπικό που ασχολείται με αυτά τα άτομα. Εάν

	το στόμα.			χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση της πολιομυελίτιδας χρησιμοποιείται η μορφή από το στόμα.
Εμβόλιο λύσσας.	Ενδομυϊκά 1.0 ml στο δελτοειδή μυ τις ημέρες 0,7,21,28 (RVA) ή ενδοδερμικά 1.0ml τις ίδιες ημέρες (HDCV). Μία επαναληπτική δόση.	Εργαζόμενοι που ασχολούνται με τον ιό της λύσσας σε εργαστήρια.		Η συχνότητα των επαναληπτικών δόσεων καθορίζεται από την συχνότητα της έκθεσης.
Τέτανος και διφθερίτιδα.	2 δόσεις ενδομυϊκά με διάστημα 4 εβδομάδων. 3 <sup>η</sup> δόση 6-12 μήνες μετά την 2 <sup>η</sup> . Επαναληπτική κάθε 10 χρόνια.	Όλοι οι ενήλικες. Προφύλαξη για χειρισμό των τραυμάτων.	Πρώτο τρίμηνο κύησης. Ιστορικό νευρολογικών αντιδράσεων ή υπερευαισθησίας με σοβαρά τοπικά φαινόμενα, μετά από προηγούμενες δόσεις του εμβολίου. Διακόπτεται για 10 χρόνια.	
Εμβόλιο έναντι τυφοειδούς πυρετού (IM,SC,ORAL)	1 δόση 0,5ml IM. Επαναληπτικές δόσεις 0,5ml κάθε 2 χρόνια, ή 2 δόσεις 0,5ml υποδόρια με διάστημα 4 ή περισσότερων εβδομάδων. Επανάληψη 0,5ml SC ή 0,1ml ΕΔ κάθε 3 χρόνια εάν εξακολουθεί η έκθεση.	Εργαζόμενοι που ασχολούνται σε εργαστήρια με <i>Salmonella typhi</i> .	Ιστορικό σοβαρών τοπικών ή συστηματικών αντιδράσεων σε εμβόλιο τυφοειδούς. Δεν χορηγείται σε ανοσοκαταστολή.	Ο εμβολιασμός δεν θεωρείται εναλλακτική λύση στα μέτρα προστασίας που πρέπει να λαμβάνονται στο εργαστήριο.
Εμβόλιο ευλογιάς.	Μία δόση χορηγούμενη με διχαλωτή βελόνα. Επαναληπτική κάθε 10 χρόνια.	Εργαζόμενοι εργαστηρίων.	Εγκυμοσύνη, έκζεμα, ανοσοκαταστολή.	Ο εμβολιασμός αφορά εργαζόμενους που ασχολούνται με υλικά εθελοντών, σε κλινικές μελέτες με αντικείμενο ανασυνδυασμένο εμβόλιο ευλογιάς.

ΠΙΝΑΚΑΣ IV

ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΑΝΤΙ-HIV ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΘΕΣΗ

Άτομο πηγή (ασθενή εις τον οποίο εξετάθη)					
Τύπος έκθεσης	HIV οροθετικό Κατηγορία 1†	HIV οροθετικό Κατηγορία 2†	Άγνωστη οροθετικότητα	Πηγή άγνωστη	HIV οροαρνητικό
<b>Μικρός όγκος (λίγες σταγόνες)</b>	Συνιστάται βασικό σχήμα χημειοπροφύλαξης με 2 φάρμακα	Συνιστάται βασικό σχήμα χημειοπροφύλαξης με 2 φάρμακα	Γενικά όχι χημειοπροφύλαξη εκτός αν η πηγή έχει παράγοντες κινδύνου γνωστούς (2 φάρμακα)**	Γενικά όχι χημειοπροφύλαξη, εκτός αν είναι πιθανή η έκθεση σε HIV- οροθετικά άτομα (2 φάρμακα)	Όχι χημειοπροφύλαξη
<b>Μεγάλος όγκος (έντονο πιτσίλισμα με αίμα)</b>	Συνιστάται βασικό σχήμα χημειοπροφύλαξης με 2 φάρμακα	Συνιστάται Ευρύ σχήμα Χημειοπροφύλαξης με 3 φάρμακα	Γενικά όχι χημειοπροφύλαξη εκτός αν η πηγή έχει παράγοντες κινδύνου γνωστούς (2 φάρμακα)**	Γενικά όχι χημειοπροφύλαξη, εκτός αν είναι πιθανή η έκθεση σε HIV- οροθετικά άτομα (2 φάρμακα)	Όχι χημειοπροφύλαξη

† HIV-οροθετικό. Κατηγορία 1- συμπτωματική HIV- λοίμωξη ή γνωστό χαμηλό ιικό φορτίο (< 1500 RNA copies / mL).

HIV οροθετικό, Κατηγορία 2- συμπτωματική HIV- λοίμωξη, AIDS, οξεία ορομετατροπή ή γνωστό υψηλό ιικό φορτίο.

Η χορήγηση χημειοπροφύλαξης είναι προαιρετική –εξατομίκευση της απόφασης μετά από συζήτηση του ατόμου που εκτέθηκε με το γιατρό.

\*\* Αν χορηγηθεί χημειοθεραπεία και στη συνέχεια το άτομο πηγή διαπιστωθεί ότι είναι HIV-οροαρνητικό, διακόπτεται



ΠΙΝΑΚΑΣ V

ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΑΝΤΙ-HIV ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΩΝ Η ΑΘΙΚΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ\*

Άτομο πηγή (ασθενής εις τον οποίο εξετάθη)					
Τύπος έκθεσης	HIV οροθετικό Κατηγορία 1*	HIV οροθετικό Κατηγορία 2*	Άγνωστη οροθετικότητα	Πηγή άγνωστη	HIV οροαρνητικό
<b>Μικρής βαρύτητας</b> <sup>†</sup>	Συνιστάται βασικό σχήμα χημειοπροφύλαξης με 2 φάρμακα	Συνιστάται ευρύ σχήμα χημειοπροφύλαξης με 3 φάρμακα	Γενικά όχι χημειοπροφύλαξη εκτός αν η πηγή έχει παράγοντες κινδύνου γνωστούς (2 φάρμακα)**	Γενικά όχι χημειοπροφύλαξη, εκτός αν είναι πιθανή η έκθεση σε HIV- οροθετικά άτομα (2 φάρμακα) <sup>§</sup>	Όχι χημειοπροφύλαξη
<b>Μεγάλης βαρύτητας</b> <sup>‡</sup>	Συνιστάται ευρύ σχήμα χημειοπροφύλαξης με 3 φάρμακα	Συνιστάται ευρύ σχήμα χημειοπροφύλαξης με 3 φάρμακα	Γενικά όχι χημειοπροφύλαξη εκτός αν η πηγή έχει παράγοντες κινδύνου γνωστούς (2 φάρμακα)**	Γενικά όχι χημειοπροφύλαξη, εκτός αν είναι πιθανή η έκθεση σε HIV- οροθετικά άτομα (2 φάρμακα) <sup>§</sup>	Όχι χημειοπροφύλαξη

\* Μετά από δερματική έκθεση, συνιστάται παρακολούθηση αν υπάρχει λύση συνεχείας (δερματίτιδα, ανοιχτό τραύμα, εκδορά)

HIV-οροθετικό, Κατηγορία 1-ασυμπτωματική HIV-λοίμωξη ή γνωστό χαμηλό ιικό φορτίο (<1500 RNA copies/mL).

HIV-οροθετικό, Κατηγορία 2- συμπτωματική HIV-λοίμωξη, AIDS, οξεία ορομετατροπή ή γνωστό υψηλό ιικό φορτίο

<sup>†</sup> Μικρής βαρύτητας (συμπαγής βελόνα, επιφανειακή βλάβη)

<sup>‡</sup>Μεγάλης βαρύτητας (βαθύ τρύπημα, μεγάλου διαμετρήματος βελόνα, ορατό αίμα στη βελόνα ή τη συσκευή, η βελόνα χρησιμοποιήθηκε σε αρτηρία ή φλέβα)

<sup>§</sup> Η χορήγηση χημειοπροφύλαξης είναι προαιρετική-εξατομίκευση της απόφασης μετά από συζήτηση με το γιατρό του ατόμου που εκτέθηκε.

\*\* Αν χορηγηθεί χημειοθεραπεία και στη συνέχεια το άτομο πηγή διαπιστωθεί ότι είναι HIV-οροαρνητικό, διακόπτεται.



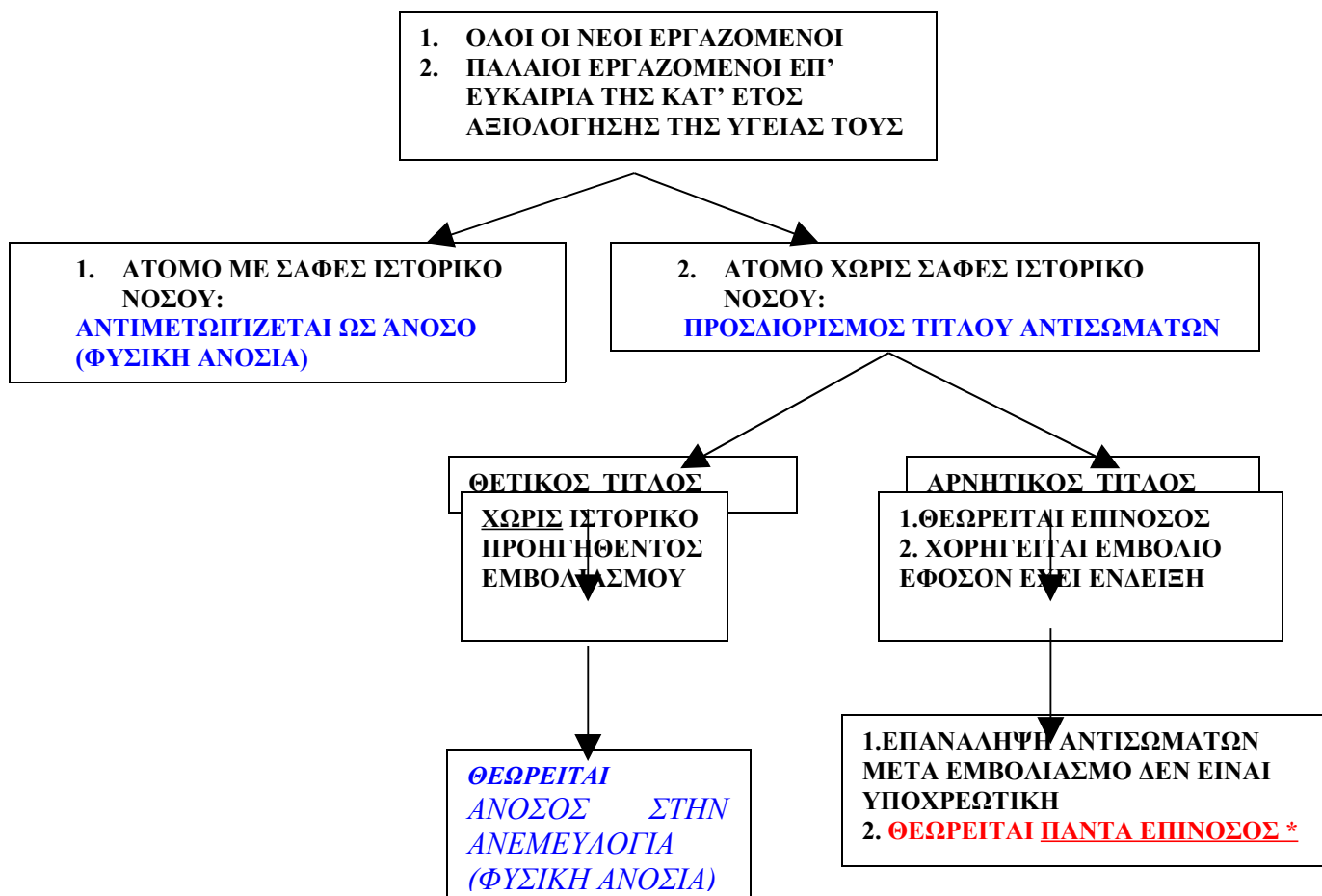
## ΠΙΝΑΚΑΣ VI

### ΣΧΗΜΑΤΑ ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΩΝ Η ΑΘΙΚΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Είδος αντιρετροϊκού Συνδυασμού	Ένδειξη χορήγησης	Αντιρετροϊκό Σχήμα
<b>Βασικό</b>	Επαγγελματική έκθεση στον HIV με αναγνωρισμένο κίνδυνο μετάδοσης ιού (βλ. πίνακες IV-V)	Βασικό σχήμα για 4 βδομάδες ζιδοβουδίνη 600mg/24ωρο (300mg x 2, ή 200mg x 3, ή 100mg x 6) μαζί με λαμιβουδίνη 150mg x 2 ημερησίως).
<b>Ευρύ</b>	Επαγγελματική έκθεση στον HIV με αναγνωρισμένο αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης ιού (μεγάλη ποσότητα αίματος, υψηλό HIV RNA στο αίμα)	Ευρύ σχήμα για 4 εβδομάδες. Το βασικό σχήμα μαζί με: Ινδιναβίρη 800mg x 3 ημερησίως ή νελφίναβιρη 750mg x 3 ημερησίως ή εφραβιρένζη 600mg ημερησίως.

## ΠΙΝΑΚΑΣ VII ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑΣ

### Α. ΑΡΧΙΚΟΣ ΚΑΙ ΕΤΗΣΙΟΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



*\* Στις χώρες όπου χρησιμοποιείται το εμβόλιο έναντι της ανεμευλογιάς άτομα που έχουν αντισώματα με ιστορικό προηγμένου εμβολιασμού και όχι φυσικής νόσου θεωρούνται πάντα επίνοσα αλλά δεν νοσούν βαρέως αν εκτεθούν σε ανεμευλογιά*

## **Β. ΕΚΘΕΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΣΕ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ, ΟΙΚΙΑ Η ΑΛΛΗ ΓΝΩΣΤΗ ΕΚΘΕΣΗ**

