

[Contacto accidental con aguja fuera del ámbito sanitario]



[Módulo Infectología Pediátrica]

Autores:

Sara Montero Murdvee y M^a Carmen Vicent Castelló

Fecha de elaboración: Mayo 2015

Fecha de consenso e implementación: 28-5-2015.

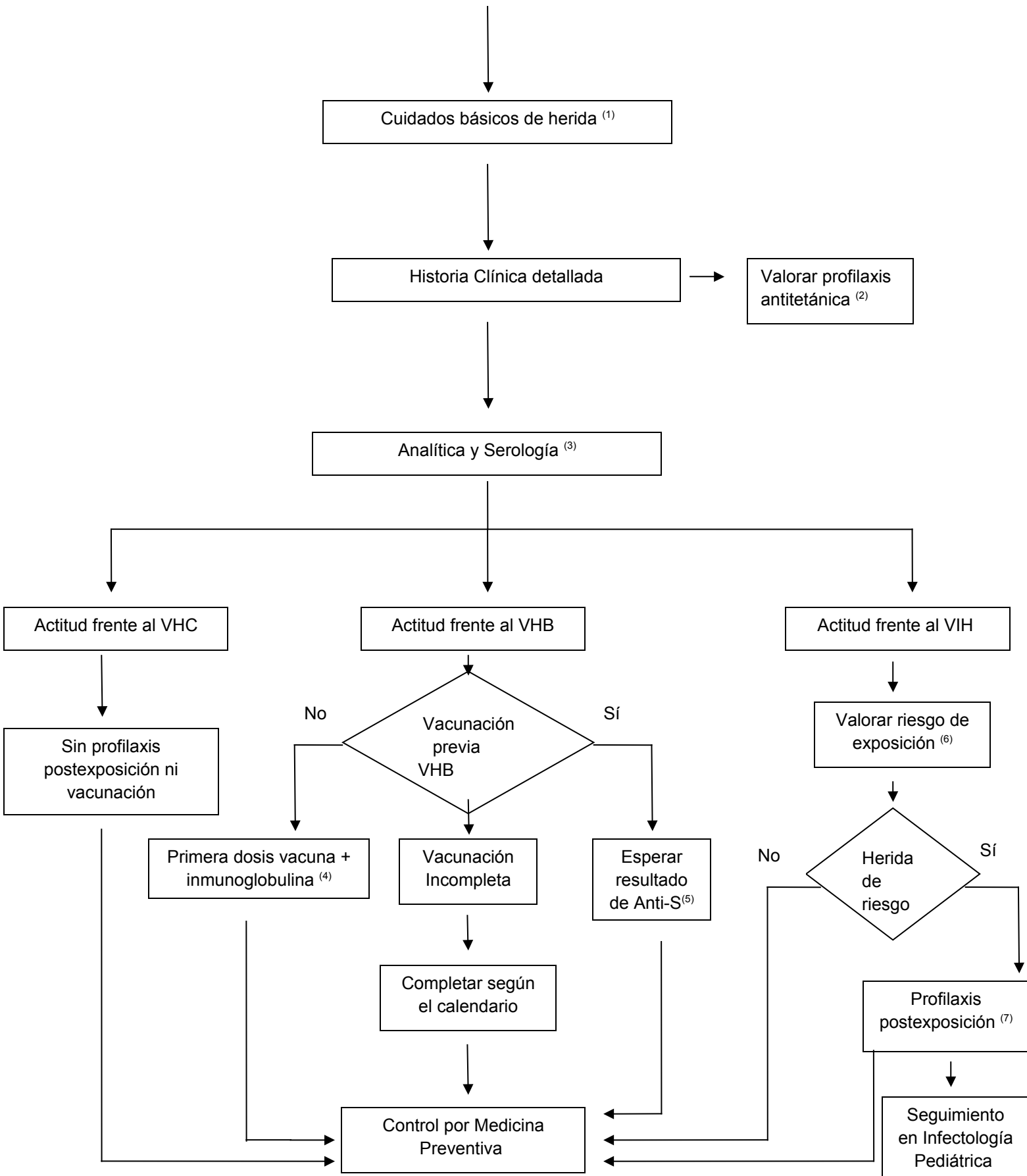
Fecha prevista de revisión: 2018.

Nivel de aplicación: R2

Aunque el contacto accidental con jeringa no sea un motivo frecuente de consulta en el Servicio de Urgencias de Pediatría, es un tema que produce gran alarma social. Es importante una correcta actuación inicial que incluya la selección de los pacientes de riesgo que deberían recibir profilaxis, evitando tratamientos innecesarios no exentos de efectos secundarios, pero sin olvidar que aunque el riesgo de infección es bajo, no es nulo, y la posibilidad de transmisión existe.

El ALGORITMO presentado sigue el esquema del libro de Infectología Pediátrica Básica de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica y el libro Decisiones en Urgencias Pediátricas de S. García García, M. Rubio Sánchez-Tirado.

PINCHAZO CON AGUJA:
MANEJO GENERAL



- (1) Dejar sangrar la herida. Lavar la herida con abundante agua o suero fisiológico. No utilizar cáusticos ni presionar la herida.
- (2) Valorar profilaxis antitetánica.

Nº de dosis de vacuna	Heridas limpias	Heridas sucias
Menos de 3 ó desconocida	Td/Tdpa	Td/Tdpa + inmunoglobulina antitetánica
Más de 3 dosis	Td/Tdpa si más de 10 años de última dosis	Td/Tdpa si más de 5 años de última dosis

Vacunación de tétanos acelerada en niños de 4 meses a 6 años no vacunados				
	Intervalo mínimo entre dosis			
	De primera a segunda	De segunda a tercera	De tercera a cuarta	De cuarta a quinta
DTPa	4 semanas	4 semanas	6 meses	6 meses
Edad mínima para la primera dosis: 6 semanas				
La quinta dosis no es necesaria si la cuarta dosis se administró con 4 años o más de edad.				

Vacunación de tétanos acelerada en niños de 7 a 18 años no vacunados			
	Intervalo mínimo entre dosis		
	De primera a segunda	De segunda a tercera	De tercera a cuarta
Td	4 semanas	6 meses	6 meses
Edad mínima en la primera dosis: 6 semanas			

- (3) Analítica basal con hemograma, coagulación, GOT, GPT, GGT, bilirrubina total y función renal. Si existe alteración analítica en este momento, probablemente sea por patología previa desconocida o proceso intercurrente.
- Serología de virus transmisibles por la sangre: hepatitis B (diagnóstico y postvacunación), hepatitis C y VIH.
- (4) Los niños que no hayan recibido aún todas las dosis de vacunas, deberán completarlas de acuerdo con el calendario, sin tomar ninguna medida adicional.

Los que por algún motivo no estén vacunados precisarán inmunoglobulina (0.06 mL/kg) en deltoides o cara anterolateral del muslo, con dosis máxima de 5 mL

- (5) Se decidirá actitud en función del título de anticuerpos. Si el título es menor de 10 U/L requieren nueva dosis de hepatitis B.

(6) Valoración del riesgo

Riesgo apreciable (0.8-3%)	Riesgo bajo (0.05-0.8%)	Riesgo mínimo (0.01-0.05)	Riesgo nulo (0%)
Pinchazo profundo o con abundante sangrado con una jeringuilla inmediatamente después de haber sido usada.	Pinchazo superficial o con pequeño sangrado con una jeringuilla inmediatamente después de haber sido usada.	Pinchazo accidental con pequeño sangrado con una jeringuilla de procedencia desconocida.	No se ha producido pinchazo o ha habido contactos con fluidos corporales no susceptibles de transmisión.

- (7) Profilaxis postexposición: se recomendará en caso de riesgo apreciable. Se deberá iniciar tan pronto como sea posible, preferiblemente dentro de las primeras 2 horas tras la exposición y antes de las 72 horas. Se realizará con un régimen de antirretrovirales combinados y se administrará durante 4 semanas.

Pautas recomendadas en la profilaxis postexposición en la edad pediátrica	
Niños que no pueden ingerir pastillas	Emtricitabina (FTC) + Zidovudina (AZT) + Lopinavir potenciado con ritonavir (LPV/r) Los 3 fármacos tienen presentación en suspensión pediátrica
Niños < 12 años que pueden ingerir pastillas	FTC + AZT + LPV/r
Adolescentes (≥ 12 años)	Mismas pautas que las recomendadas en el adulto.*

*Pautas recomendadas en el adulto	
Pauta preferente	Tenofovir/Emtricitabina (TDF/FTC) (Truvada) 1 comp/día + Raltegravir (RAL) (Isentress) 1 comp/12 horas.
Alternativas	TDF/FTC 1 comp/día + Darunavir (Prezista) 800mg/día Ritonavir (Norvir) 100mg/día (DRV/r)
	TDF/FTC + Atazanavir 300 mg/día (Reyataz)

	+ Ritonavir 100 mg/día (ATV/r)

Fármaco	Dosis oral	Toxicidad
ANÁLOGOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA		
Zidovudina (ZDV, AZT) RETROVIR® Presentación: Suspensión: 10 mg/mL Cápsulas: 100 mg, 250 mg	Dosis en niños: 120mg/m ² cada 8 horas ó 4 mg/kg/12h. Dosis adolescentes: 300 mg cada 12 horas	Más frecuente: Toxicidad hematológica, incluye granulocitopenia y anemia, dolor de cabeza. No frecuente: Miopatía, miositis, toxicidad hepática.
Emtricitabina (FTC) (EMTRIVA®) Presentación: Suspensión: 10mg/mL Cápsulas 200mg	Dosis en niños: 6 mg/kg/24h Dosis en adolescentes: 200mg/24h	Más frecuentes: Intolerancia digestiva. Cefalea, anemia, neutropenia. Menos frecuente: Pancreatitis, Rash, hiperpigmentación de palmas y plantas, sobre todo en raza negra.
Lopinavir/ritonavir (LPV/r) (KALETRA®) Solución Oral: 1 mL: - 80 mg de lopinavir - 20 mg de ritonavir Comprimidos recubiertos: - 200 mg de lopinavir y 50 mg de ritonavir - 100 mg de lopinavir y 25 mg de ritonavir	Dosis en niños: 230-300 mg/m ² /12h Dosis en adolescentes: 400mg de lopinavir cada 12 horas	Más frecuente: Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, dolor abdominal, astenia. Menos frecuentes: Parestesias periorales, aumento de transaminasas, aumento de colesterol y triglicéridos. Sangrado en hemofílicos.