



Infectio

Asociación Colombiana de Infectología

www.elsevier.es/infectio



REPORTE DE CASO

Infección por VIH posterior a exposición ocupacional de riesgo biológico en trabajadores de la salud



Franco E. Montufar Andrade^{a,b,c,d,*}, Juan P. Villa Franco^{b,c,d},
Camilo A. Madrid Muñoz^{b,c,d}, Laura M. Díaz Correa^{b,c,d}, Juliana Vega Miranda^{b,c,d},
Juan D. Vélez Rivera^{b,c,d}, John J. Zuleta^c y Grupo de Investigación GIERI

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

^b Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

^c Unidad de Investigación de Epidemiología, Clínica del Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

^d Grupo de Investigación en Enfermedades Respiratorias e Infecciosas (GIERI), Medellín, Colombia

Recibido el 18 de diciembre de 2013; aceptado el 30 de abril de 2014

Disponible en Internet el 1 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Riesgo biológico;
Accidentes
ocupacionales;
Profilaxis
postexposición;
Infección por VIH;
Seroconversión a VIH

Resumen Se describe el caso de una mujer auxiliar de enfermería quien sufrió accidente de riesgo biológico luego de punción con aguja, al canalizar una vena periférica. La auxiliar de enfermería era residente en área rural y fue atendida en urgencias de su hospital local. El origen de la exposición (fuente) fue positivo para VIH y negativo para VHB y VHC. La trabajadora de la salud accidentada fue negativa para VIH, VHB y VHC y no recibió profilaxis antirretroviral (ARV) postexposición y luego fue remitida a nuestra institución. Este es el primer reporte en Colombia de seroconversión al VIH luego de exposición ocupacional.

© 2013 ACIN. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Biohazard;
Occupational
accidents;
Post-exposure
prophylaxis;
HIV infections;
HIV seroconversion

HIV infection after biohazard occupational exposure to HIV in health care

Abstract We report a postexposure HIV infection in a woman nursing assistant, resident in rural area. She suffered biohazard exposure after needlestick incident during channeling of peripheral vein. She was attended at their local hospital emergency room. The serostatus on the patient's exposure source (source) was HIV positive and negative for HBV and HCV. The health worker was negative for HIV, HBV and HCV and she did not receive antiretroviral (ARV) prophylaxis at the initial consultation. Thereafter she was referred to our institution. This is the first report of HIV infection after occupational exposure in Colombia.

© 2013 ACIN. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: frmontufar@yahoo.com (F.E. Montufar Andrade).

Descripción del caso

Paciente femenina de 52 años de edad, auxiliar de enfermería, residente en el área rural del departamento de Antioquia (Colombia). En mayo de 2008 durante su jornada laboral al canalizar una vena periférica y portando los elementos de protección pertinentes para esta tarea, sufrió punción accidental con aguja hueca en quinto dedo de mano izquierda, presentando sangrado en el sitio de la lesión. Inmediatamente se realizó lavado con agua y jabón quirúrgico y acudió al servicio de urgencias del hospital local para reportar la exposición. De acuerdo al protocolo de esa institución, se solicitaron estudios para la trabajadora de la salud expuesta y para el paciente origen de la exposición (fuente). El estado serológico de la trabajadora de la salud expuesta fue negativo para VIH y VHC. Dado que tenía historia de vacunación para VHB, se realizó medición de anticuerpos contra el antígeno de superficie de hepatitis B (AcsAgsHB), los cuales fueron determinados como no protectores (<10). En los estudios realizados a la fuente, los anticuerpos para VHC y el antígeno de superficie de hepatitis B (AgsHB) fueron negativos, pero los anticuerpos contra VIH fueron positivos. Desafortunadamente, el accidente ocupacional ocurrió durante un día de fin de semana, circunstancia que dificultó la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales en algunas zonas rurales del departamento y, adicionalmente, el personal que atendió el accidente subestimó el riesgo del accidente posiblemente por desconocimiento de las guías de manejo, situaciones que conllevaron que la trabajadora de la salud no recibiera profilaxis postexposición.

Diez días después del evento la paciente fue remitida a consulta externa de infectología de nuestra institución, momento en el cual, dado que había pasado ya el tiempo oportuno para el inicio de antirretrovirales (ARV), se explicó a la paciente su situación y se programó para los seguimientos establecidos en el protocolo.

En la 6.^a semana postexposición, la paciente consulta al servicio de urgencias por síndrome febril asociado a síntomas respiratorios inespecíficos, otitis media y linfadenopatías generalizadas. Se solicita nuevamente medición de anticuerpos contra VIH los cuales son negativos, pero, ante la sospecha de un síndrome retroviral agudo, se solicitó carga viral para VIH que demostró >100.000 copias/ml, confirmando la sospecha diagnóstica de síndrome retroviral agudo por VIH postexposición. En la semana 8 postexposición, se documentó ya seroconversión con anticuerpos VIH positivos y con un recuento de CD4 de 309 por mm³, sin cambios en la carga viral previamente reportada (de muestra >100.000 copias/ml).

Se analizó por el grupo de infectología, evaluando posiciones a favor y en contra del inicio del tratamiento ARV en infección aguda, y se decidió seguimiento clínico y de laboratorio. Luego de 11 meses de seguimiento, se documentó descenso progresivo del recuento de CD4 con ascenso de la carga viral, razón por la cual se decidió inicio de la terapia ARV (lopinavir/ritonavir más lamivudina/zidovudina) (tabla 1).

Posterior al inicio de la terapia ARV se logra recuperación inmunológica con ascenso progresivo del recuento de CD4 y supresión virológica. El efecto adverso predominante fue dislipidemia con valor de triglicéridos (Tg) de 349 mg/dl, colesterol total (CT) 303 mg/dl, razones por las cuales se

definió tratamiento con fenofibrato más atorvastatina, con adecuada respuesta y logrando descenso de los valores hasta la normalidad al sexto mes de tratamiento (CT 229 mg/dl y Tg 129 mg/dl).

En el momento, 6 años después de la exposición, la paciente continúa en seguimiento en el programa de riesgo biológico con último seguimiento en enero de 2014, durante el cual se encuentra asintomática. La carga viral para este momento es indetectable y el recuento de CD4 está en rango, por lo cual se mantiene el mismo esquema de ARV, sin evidencia de progresión de la enfermedad. En el seguimiento realizado en enero de 2014, el conteo de CD4 fue 836 y la carga viral <20 copias, con un perfil lipídico en metas (CT 188 mg/dl y Tg 110 mg/dl).

Por enfermedad asociada a accidente laboral la paciente fue valorada por medicina laboral, quien decidió indemnizar y pensionar.

Discusión

El accidente de riesgo biológico se define como accidente laboral u ocupacional, en el que sangre, tejidos o líquidos corporales potencialmente infectantes (líquidos contaminados con sangre, semen y secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural o peritoneal), provenientes de una fuente, entran en contacto con el trabajador accidentado ya sea a través de una lesión percutánea o con mucosas o piel no intacta, generando riesgo de transmisión de agentes infecciosos. En este contexto no se consideran potencialmente infectantes las heces, las secreciones nasales, la saliva, el esputo, las lágrimas, orina ni vómito, a menos que estos estén visiblemente contaminados con sangre.

Existe mayor riesgo de transmisión en accidentes asociados a contactos con grandes cantidades de sangre, agujas visiblemente contaminadas con sangre, procedimientos relacionados con agujas en espacio intravascular y lesiones profundas^{1,2}.

El accidente de riesgo biológico es una entidad clínica que debe considerarse como una urgencia médica en las instituciones destinadas a atender estos casos. El personal médico debe contar con un entrenamiento adecuado que le permita identificar los casos de alto riesgo.

Los pacientes con accidente de riesgo biológico deben seguirse por 6 meses. Realizar controles al momento del accidente, 6.^a semana, 3.^{er} mes y 6.^o mes postexposición. Al momento del accidente tanto la fuente como el trabajador accidentado deben evaluarse para VIH, VHC, VHB y, si hay antecedentes de vacunación para VHB en el trabajador accidentado, realizar determinación de anticuerpos contra el AgsHB (Acs contra AgsHB)^{1,3}.

En cada control se deben medir los niveles de anticuerpos para VIH y durante el tiempo de seguimiento se debe recomendar relaciones sexuales protegidas, utilizar anticoncepción y evitar lactancia; todo esto, con el fin de minimizar la transmisión de una posible infección de VIH¹.

El resultado de los exámenes no debe retrasar el inicio de la terapia de profilaxis si se considera fuente de alto riesgo por el interrogatorio o la fuente se niega a realizarse exámenes. En aquellos con indicación de profilaxis ARV, esta debe iniciarse en las primeras horas del accidente, idealmente

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3403657>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3403657>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)