

VIHI URGÈNCIES

Albert Pou

Medicina Interna
Son Espases

HISTÒRIA CLÍNICA

- Risc d'infecció: serologies +/-, pràctiques de risc. 35% desconeixen seropositivitat
- Clínica de primoinfecció: sdme pseudogripal, sdme mononucleòsica
- Data aproximada d'infecció
- Situació immunològica: taxa de CD4, limfopènia, ...
- Caract. epidemiològiques: país d'origen, ús de drogues, pràctiques sexuals, coinfeccions VHB/VHC.
- Història d'infeccions. Infeccions oportunistes, pneumònies de repetició,...
- tARV

SITUACIÓ IMMUNOLÒGICA

- CD4 > 500/mm³: pacient immunocompetent
- CD4 200-500/mm³: major incidència de TBC, LNH, S. kaposi,
- CD4 < 200/mm³: risc d'infeccions oportunistes

EXPLORACIÓ FÍSICA

- Recerca d'adenopaties+++
- Examen de mucoses
- Examen de la pell
- Examen genital i anal
- Dèficits neurològics i mnèsics

TARV

- <http://www.hiv-druginteractions.org>
- Tenofovir: fracàs renal agut
- Múltiples ARV: hepatotoxicitat
- Atazanavir: hiperbilirrubinèmia aïllada
- No iniciar ni reiniciar tARV a urgències

SDME FEBRIL SENSE FOCUS

- VIH com a causa de febre
- Immunocompetència/immunodepressió
- Infeccions oportunistes
- Neoplàsies sòlides i hematològiques
- Fàrmacs
- Síndrome de reconstitució immune

- PROVES COMPLEMENTÀRIES: analítica amb perfil hepàtic, sediment urinari, hemocultiusx2,

SDME FEBRIL SENSE FOCUS

- Quan és necessari l'ingrés hospitalari?
 - Deteriorament de l'estat general
 - Immunodepressió greu
 - UDVP: sospita d'endocarditis
 - Signes de sepsi

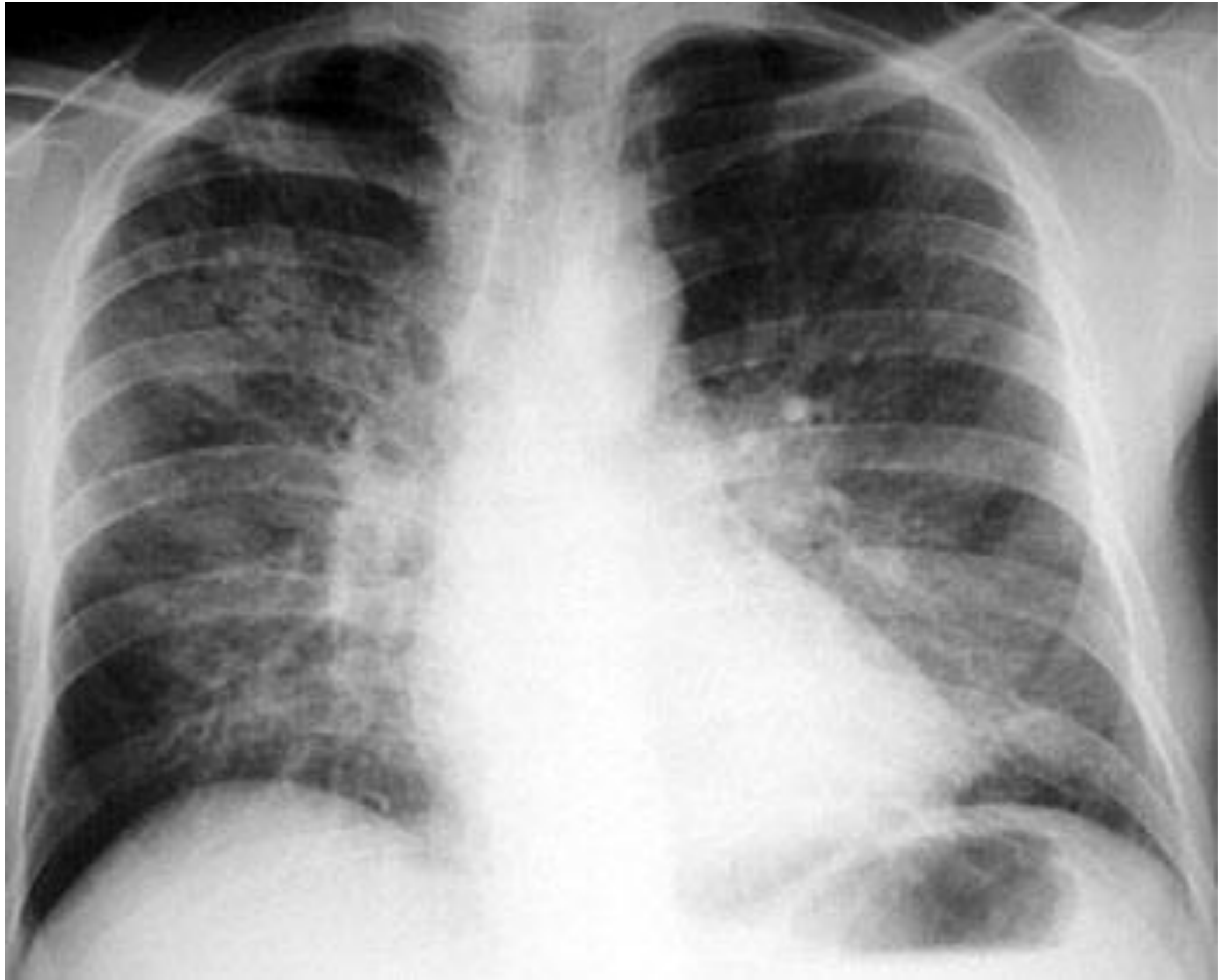
- Descartar TBC i LNH

TRACTAMENT EMPÍRIC DE SDME FEBRIL SENSE FOCUS

- SENSE CRITERIS DE GRAVETAT: Ceftriaxona
- AMB CRITÈRIS DE GRAVETAT: Meropenem o Pipertazo + Vancomicina
- SI IMMUNODEPRESSIÓ GREU: Plantejar afegir cotrimoxazol

CAS CLÍNIC

- Home de 45 anys amb infecció per VIH de 20 anys d'evolució, fumador d'1 paquet/dia. Ttx: Atripla.
- Última CV<50cop. CD4 220cèls/mm³
- Dispnea progressiva desde fa 3 setmanes, tos no productiva.
- BEG, 37'2°C, HDN estable TCR sense bufes, hipofonesi globalitzada
- 3200 leucos, Hb 12g/dl, Cr 1,1mg/dl, PCR 6mg/dl
- GSA FiO₂ 0.21: pH 7.34, pCO₂ 25mmHg, pO₂ 50mmHg



ACTUACIÓ?

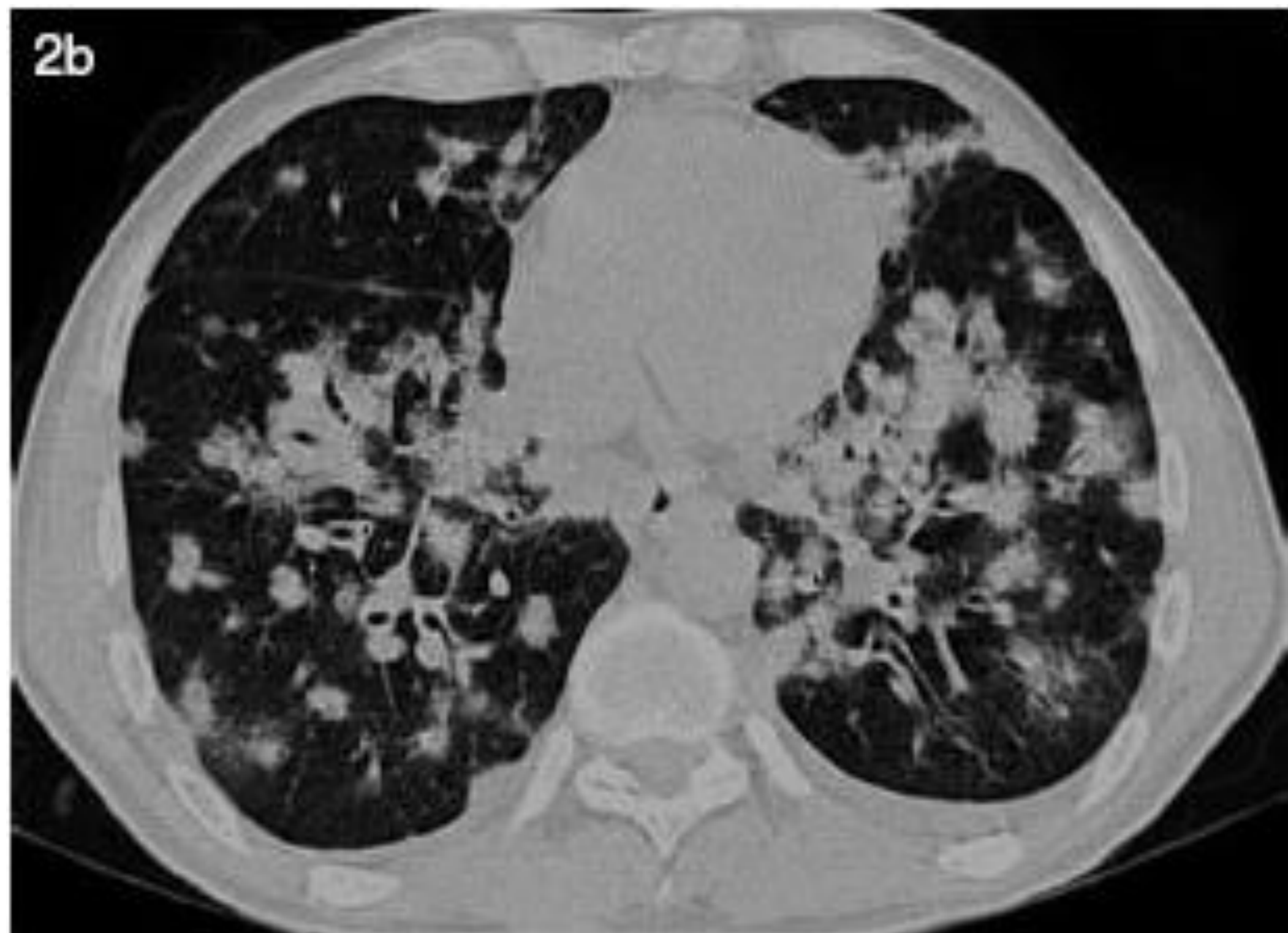
- 1 Hemocultius, cultius d'esput, Amoxicilina-ac clavulànic+Azitromicina
- 2 Cultius d'esput, Meropenem+Vancomicina
- 3 Hemocultius, fibrobroncoscòpia, Amoxicilina-ac clavulànic + Cotrimoxazol
- 4 Cultius d'esput, Amoxicilina+Cotrimoxazol

CAS CLÍNIC

- Home de 44 anys professional sanitari. Punxada accidental amb agulla fa 6 anys. Diagnòstic de VIH 2 setmanes abans.
- CD4:49cèls, CV 565800 còpies
- Remès per febre 38°C vespertina, lesions cutànies i dispnea progressiva.



2b



DIAGNÒSTIC

- 1- Pneumònia per *P. jiroveci*
- 2 - Pneumònia bacteriana
- 3 - Sarcoma de kaposi
- 4 - SDRA



DISPNEA

- Pneumònies: major incidència de *S. pneumoniae*, *H. influenzae* i *S. aureus*.
 - En immunodeprimits: TBC, *P. jiroveci*, CMV, *Aspergillus*
- Neoplàsia: Sarcoma de Kaposi, LNH. Tambien ADK pulmonar y CCP.
- TEP
- HTP

URGÈNCIES NRL. MENINGITIS

- Clínica: febre, rigidesa de nuca, cefalea, nàusees, vòmits, alteració del nivell de consciència
 - TC cranial: descartar HTIC (realçament meningi suggestiu de TBC)
 - Punció lumbar: glucosa, proteïnes, cèl·lules, Ziehl-Nielsen, Gram, cultius, aglutinació amb làtex
 - Líquid paucicelular amb limfòcits: viral, TBC, fongs, lues
 - +++neutròfils: suggestiu d'infecció bacteriana
- Encefalitis: desorientació, some confusional, crisis comicials,... Etiologia: CMV, VHS

MENINGITIS. TRACTAMENT

- Meningitis bacteriana: Ceftriaxona+Vancomicina
- Meningitis tuberculosa:
Isoniacida/Rifampicina/Piracinamida/Etambutol
- Meningitis criptocòcica: AmfotericinaB+Flucitosina
- Sospita de M. herpètica: Aciclovir
- Menignitis per CMV: Ganciclovir+Foscarnet

DÈFICITS NEUROLÒGICS FOCALS. LOE

- TC cranial. Normalment contraindicada PL
- T. gondii: la infecció del SNC més freqüent en SIDA. Clínica aguda o subaguda d'encefalitis. TC: lesions amb captació de contrast amb anell i edema. TTX EMPÍRIC:
Sulfadiazina+pirimetamina
- Limfoma cerebral primari: lesions periventriculars, limfos++
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva: lesions hipodenses confluents (virus JC)

CAS CLÍNIC

- Home de 27 anys, HSH, diagnosticat desde fa 8 anys d'infecció per VIH. Sense seguiment ni tractament desde 2013.
- Acudeix a URG per diarrees i important afectació de l'estat general.
- Limfopènia+++ . BQ sense alteracions. Rx tòrax sense alteracions
- Durant l'estada a URG 2 crisis tòniques amb període postcrític.
- TC cranial: no evidència de patologia intracranial
- LCR: glucosa 60mg/dl, hematies 2, leucos 2, ADA <4, proteïnes 0.16g/dl
- S'inicia tractament amb Levetiracetam

QUINA HA DE SER LA PROPERA ACTUACIÓ?

- Iniciar tractament amb Ceftriaxona+Vancomicina+Aciclovir
- Electroencefalograma
- RMN
- PCR de virus neurotrofs i aglutinació amb làtex

SÍNDROME DIARRÈICA

- Manifestació molt prevalent. Motiu de consulta freqüent als SU
- Anamnesi: aguda/crònica, productes patològics, elevat volum/elevada freqüència. Tenesme rectal-proctitis. Ús de fàrmacs. Grau d'immunodepressió
- Hemograma, BQ, coprocultius i paràsits x3 i hemocultius si febre
- Plantejar tractament empíric si bacterièmia i AEG (ciprofloxací o cotrimoxazol)
- Etiologia: tARV, protozous (*Cryptosporidium*, *I. belli*), CMV, VIH, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*,

PÈRDUA DE VISIÓ

- Cabdal la situació immunològica
- Diferenciar afectació del segment anterior i posterior
- Valoració per oftalmologia

Pèrdua de visió

MONOCULAR

BINOCULAR

Fons d'ull i exploració NRL

Fons d'ull i exploració NRL

Retinopatia

Lesions
hemorràgiques amb
necrosi, edema,
papilitis

Descartar lesió SNC-LOE

Sospita de retinitis

Ganciclovir/Valganciclovir

CAS CLÍNIC

- Dona de 58 anys UDVP, amb malaltia renal crònica estadi III, amb CD4 12 cels, CV 200.000còpies, es nega a tARV desde fa 8 anys. Duita a urgències amb disminució del nivell de consciència (subaguda segons testimonis). Deteriorament cognitiu conegut
- Bradipsíquica, GCS14 punts, TCR sense bufes, roncus dispersos
- Leucopènia, Hb 8,9g/dl, Cr 2,03mg/dl
- TC cranial: sense signes de patologia intracranial
- LCR: glucosa 56mg/dl, proteïnes 0.3g/dl, leucos 110 (90%limfos), hematies 2, no microorg en Gram, ag làtex negativa

QUINA PROVA SERÀ MÉS RENDIBLE?

1. Fons d'ull
2. RMN
3. Càrrega viral de CMV i VIH
4. Serologia toxoplasma



AFECTACIÓ SEGMENT ANTERIOR OFT

- Herpes zoster oftàlmic
- Molluscum contagiosum (Poxvirus)
- Sarcoma de Kaposi
- Queratoconjuntivitis seca
- Queratitis infecciosa: VHS, VVZ,

AFECTACIÓ SEGMENT POSTERIOR

- Retinopatia per VIH
- Retinitis per CMV
- Retinitis per VVZ
- Retinocoroiditis per T. gondii
- Retinitis per Lues
- Coroiditis criptocòcica
- Anomalies neurooftàlmiques: papiledema aïllat
- Uveïtis per SRI en pacients amb retinitis per CMV inactiva
- Uveïtis toxicomedicamentosa: rifabutina, cidofovir

CAS CLÍNIC

- Home de 55 anys amb CD4 6 cels i CV 120.000còpies.
- 6 ingressos en els últims 2 anys per tuberculosi miliar, pneumònia per *P. jiroveci*, retinitis per CMV, meningitis criptocòcica, penumònia pneumocócica, MPOC greu
- Viu a alberg de baixa exigència
- Diagnosticat el 2003, va seguir controls fins el 2006, però desde llavors no controls ni tractament tot i ser citat a cada ingrés
- Arriba a urgències amb >40rpm, tiratje +++, satO2 90% amb VMK 50% i TA 70/45mmHg que respòn escassament a Meropenem+Vancomicina i fluidoteràpia

PRESENTA CRITERIS D'ADMISSIÓ/EXCLUSIÓ A UCI?

1. AQUEST PACIENT HA DE SER ADMÈS A UNA UNITAT DE CRÍTIC
2. AQUEST PACIENT NO HA DE SER ADMÈS A UNA UNITAT DE CRÍTICS

SUPÒSIT 2

I Si el presenta idèntica situació immunològica però acaba de ser diagnosticat d'infecció per VIH?

1. Ingrés a UCI
2. No ingrés a UCI

SITUACIONS CRÍTIQUES I VIH

- 5% dels pacients amb VIH: ingrés a UCI
- Causa principal: insuficiència respiratòria
- Dx principal: pneumònia per *P. jiroveci*
- Critèris d'ingrés:
 - Idèntics a la població general
 - Tenir en compte la situació immunològica
 - La situació immunoviològica mai serà exclouent d'ingrés a UCI, és completament modificable sota tARV
- 90's: 10% de supervivència a l'any. Actualment 70-80%

CAS CLÍNIC

- Home de 32 anys que a les 03.00h (fa 3h) ha tengut una relació sexual amb recepció anal d'una font serodesconeguda

QUINA ACTUACIÓ ÉS LA MILLOR?

1. Serologies VIH, VHB, VHC, lues a URG i oferir tARV-PPE
2. Serologia VIH a URG i oferir tARV-PPE
3. Suggestir que acudeixi la font per a prova ràpida VIH als dos
4. Tranquil·litzar-lo i explicar-li que el risc d'infecció és molt baix

CAS CLÍNIC

- Dona de 42 anys que passejant per la platja fa 72h s'ha punxat accidentalment amb una agulla d'insulina abandonada. No ha apreciat sang però està angoixada per poder infectar-se pel VIH

ACTUACIÓ A SEGUIR?

1. Sol·licitar serologies VIH, VHB, VHC i iniciar tARV-PPE
2. Sol·licitar prova ràpida de VIH
3. Tranquilitzar-la i explicar-li que el risc d'infecció és mínim
4. Sol·licitar serologies VIH, VHB, VHC, prova d'embaràs i iniciar tARV

EXPOSICIÓ ACCIDENTAL AL VIH

- Motiu freqüent de consulta a urgències
- Diferenciar ocupacional/no-ocupacional
- Valorar el risc de transmissibilitat
- Tenir en compte malalties que comparteixen vies de transmissió: VHB, VHC, lues, gonococ, Chlamydia

EXPOSICIÓ OCUPACIONAL

- Risc per via percutània 0.3% i a través de mucoses 0.09% (VHB 6-30%, VHC 1,8%)
 - Alt risc: agulles buides amb sang visible, agulles ev i exposicions mucoses de gran volum si CV font detectable
 - Baix risc: agulles massisses, lesió superficial sense sang, CV font indetectable, exposició cutània de baix volum

EXPOSICIÓ SEXUAL

Font VIH+

- Risc apreciable (0.8-3%): recepció anal amb ejaculació
- Baix risc (0.05-0.8%): recepció anal o vaginal sense ejaculació, vaginal amb ejaculació, penetració anal o vaginal, sexe oral amb ejaculació
- Risc mínim (0.01-0.05%): sexe oral sense ejaculació, sexe oral femení

Si font serodesconeguda:

- Baix risc: recepció anal amb ejaculació
- Risc mínim: resta de supòsits

EXPOSICIÓ ACCIDENTAL PARENTERAL

- Risc apreciable(0.8-3%): compartir xeringues, punxada profunda/abundant sagnat immediatament després de l'ús
- Baix risc (0.05%-0.8%): ús de xeringues d'origen desconegut, punxada superficial, contacte abundant amb mucoses
- Risc mínim (0.01-0.05%): compartir material d'injecció, punxada superficial amb agulla d'origen desconegut

PROFILAXI POSTEXPOSICIÓ

- Assegurar serologia VIH negativa del pacient
- Iniciar com abans possible: ideal 4-6, mai després de 72h
- Durada: 4 setmanes
- Informar d'efectes secundaris
- Control clínic i analític a les 4, 12, 24 i 48 setmanes
- Informar per vigilància de clínica de primoinfecció

ESQUEMA DE TRACTAMENT. PPE

- Truvada (TDF+FTC) + Prezista (DRV)+ Norvir (RTV)
- Truvada (TDF+FTC) + Issentress(RAL): interaccions
- Si embaràs: Combivir (3TC+AZT) + Kaletra (LPV+RTV)

- Citar a CCEE:
 - MIR061
 - MIR INF06

- Extreure sempre serologies: VIH, VHB, VHC, Iues