

DIAGNÓSTICO PRECOZ INFECCIÓN VIH EN MARINEROS Y APTITUD LABORAL

Alejandro Ros

M^a José Comesaña

**Sanidad Marítima
Pontevedra**

2ème Congrès
International Hispano-
francophone de
Médecine Maritime -
Carthagène (Espagne)
3/5 octobre 2008

INTRODUCCIÓN

- Según ONUSIDA se estima que en 2007, viven 40 millones de personas con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la mayoría del África Subsahariana (25 millones, 60% del total).
- Prevalencia media de adultos infectados es de 7,4%, que varía desde un 16% en Mozambique, 20% en Namibia y 30% en Sudáfrica y hasta un 4% en Sierra Leona, 3% en Ghana y un 1% en Senegal.
- Estudios previos en el sector laboral marítimo-pesquero español encontraron prevalencias de la infección por VIH muy altas entre 1-2,4% según series.
- En Europa en 2006 se produjeron 30.000 nuevas infecciones. España registra la 2ª mayor incidencia de SIDA con 36 casos/millón h.
- Hay que destacar el descenso de la incidencia anual de casos de SIDA observado desde 1997, debido en gran parte a la instauración de las nuevas terapias combinadas.
- En la actualidad los casos de SIDA declarados han perdido valor como indicador de la tendencia real de la infección VIH.



PREVENCIÓN

- Actividades preventivas destinadas a evitar exposiciones de riesgo.
 - La **educación sanitaria** a través de los exámenes de salud, cursos de formación sanitaria y campañas institucionales.
 - Información sobre **técnicas de reducción de riesgo y recomendaciones universales** a los trabajadores con funciones sanitarias a bordo de los barcos.
- El diagnóstico precoz de la infección.
 - A partir del conocimiento del estado serológico, clínico e inmunitario del paciente se podrá emprender toda una serie de actividades destinadas a mejorar la salud y la calidad de vida, y el momento adecuado para iniciar las terapias combinadas, mejorando con todo ello la supervivencia.
 - El diagnóstico tardío de la infección VIH está reconocido como un grave problema de salud pública, no sólo porque condiciona el pronóstico de la enfermedad y la supervivencia del paciente, sino también porque el desconocimiento de su estado por parte de los infectados impide la adopción de medidas preventivas y por lo tanto facilita la transmisión.

Población Marinera en 2006

	Total	Pesca Altura	Pesca Bajura	Altura / Total
España	69.088	19.319	30.217	30%
Galicia	27.218 (40%)	14.458 (75%)	12.760 (42%)	53%
Ría de Pontevedra	4.997 (7%)	3.098 (16%)	1.589 (5%)	62%



Si estas enfermo o accidentado llámanos...

Frecuencia Radio: 3370 kHz
Emergencia Canal: 16 vhf
2182 kHz
Satélite Inmarsat: 00 871 622487910
00 874 622487910



CAMPANA BOCARTE, abril/mayo
CAMPANA BONITO, junio/julio/agosto/septiembre
CAMPANA ESPADA, octubre/noviembre





MÉTODOS

- Fuentes de información:
 - Historias Médico laborales:
 - Antecedentes personales de posibles prácticas de riesgo
 - Antecedentes de enfermedades habitualmente concurrentes (hepatitis B y C, ETS, TB, neumonías, candidiasis orofaríngea o vaginal, dermatitis seborreica, herpes zóster, ...)
 - Anemia, leucopenia, linfopenia y trombocitopenia no filiadas
 - Trabajadores inmigrantes procedentes de áreas de alta prevalencia.
 - Serología VIH:
 - Screening mediante técnicas de ELISA.
 - Teniendo en cuenta el consentimiento informado, la confidencialidad y el consejo pretest y postest.
 - Informes de unidades de patología infecciosa hospitalaria:
 - Confirmación y estudio clínico e inmunitario
- Muestra poblacional:
 - Estudio retrospectivo de los 114 marineros con infección VIH diagnosticados desde el inicio de la epidemia en poblaciones de la Ría de Pontevedra.

MÉTODOS

- Análisis Estadístico:
 - Se estudia y analiza la base de datos a través del programa SPSS/PC.
 - Se describen las variables cualitativas mediante frecuencias y proporciones.
 - Se describen las variables cuantitativas, mediante las medianas, medias e IC 95%.
 - Se estudia la incidencia anual.
 - Se analizan las diferencias de medias mediante la prueba t de student, previa comprobación de la normalidad mediante el test de Shapiro-Wilks y de la homogeneidad de varianzas mediante el test de Levene.

OBJETIVOS

1. Conocer la incidencia anual de la infección VIH y la situación inmunitaria de los marineros en el momento del diagnóstico de la infección VIH.
2. Conocer los criterios de aptitud laboral establecidos en función de su situación clínica, del tipo de trabajo que se realiza a bordo y de los caladeros de navegación.

RESULTADOS

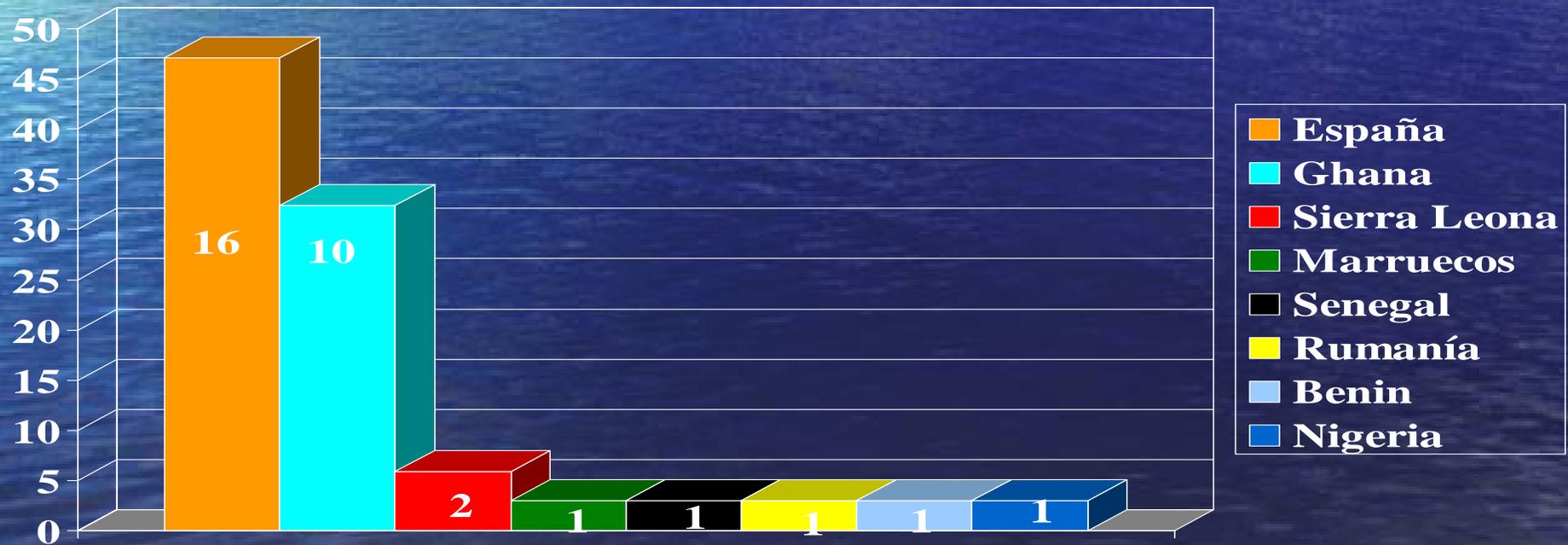
PERÍODO ANUAL	1984 a 1997	1998 a 2007
EDAD		
Media	29,1	36,7
IC 95%	27,9; 30,2	34,3; 39,1
Mediana	28	35,6
CENTRO DIAGNÓSTICO	INCIDENCIA MEDIA ANUAL	
	Nuevos VIH/año	Nuevos VIH/año
- Sanidad Marítima	1,2	2,8
- Todos los servicios	5,8	?
	Casos/millón h.	Casos/millón h.
- Sanidad Marítima	300	768
- Todos los servicios	1.054	?

SITUACIÓN INMUNITARIA

PERÍODO	1984 a 1997				1998 a 2007		
CENTRO	CD4 INICIAL						
	N	%	Media IC 95%	t stud p	N	Media	Mediana
- Infecciosos	63	78	396 (307; 485)	-2,21	5	342	131
- Sanidad Marítima	16	20	626 (421; 831)	0,03	28	370	289
- UAD	2	2	798		0		
VÍA RIESGO	N	%	Media IC 95%	t stud p	N	%	Media IC 95%
- UDI	74	91	471 (395; 548)	2,6	10	30	560 (169; 951)
- RSR	6	7	107 (25; 215)	0,01	22	67	352 (235; 470)
- Otras	1	2			1	3	
TOTAL	81	71	442 (368; 516)		33	29	412 (282; 543)

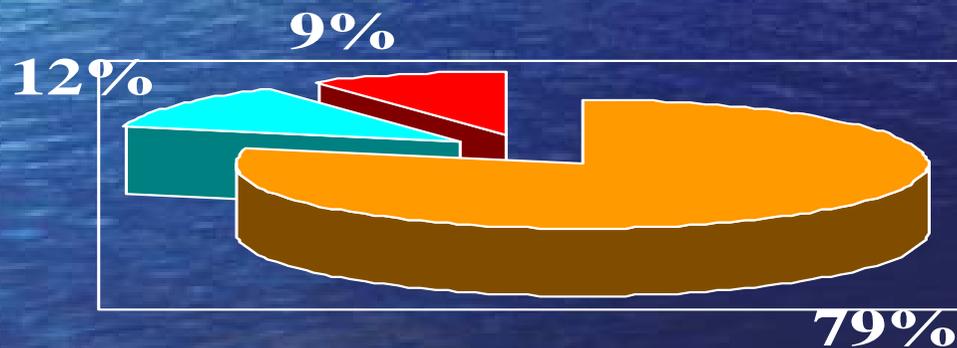
PAIS DE NACIMIENTO

PAÍS	N	%	Media IC 95%	N	%	Media IC 95%
- España	81	10	442 (368; 516)	16	49	461 (212; 710)
- Otros	0	0		17	51	320 (183; 457)

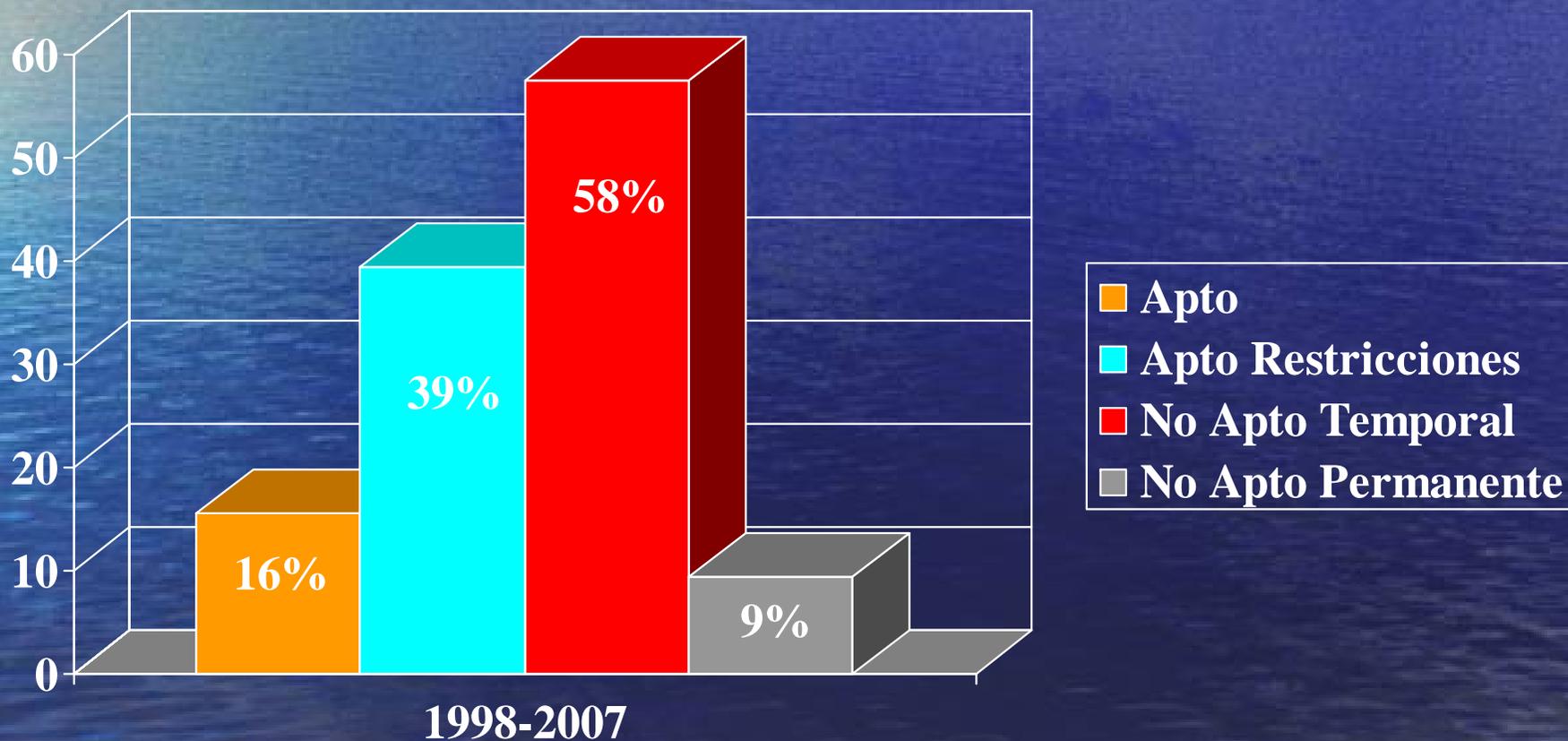


TRABAJO A BORDO

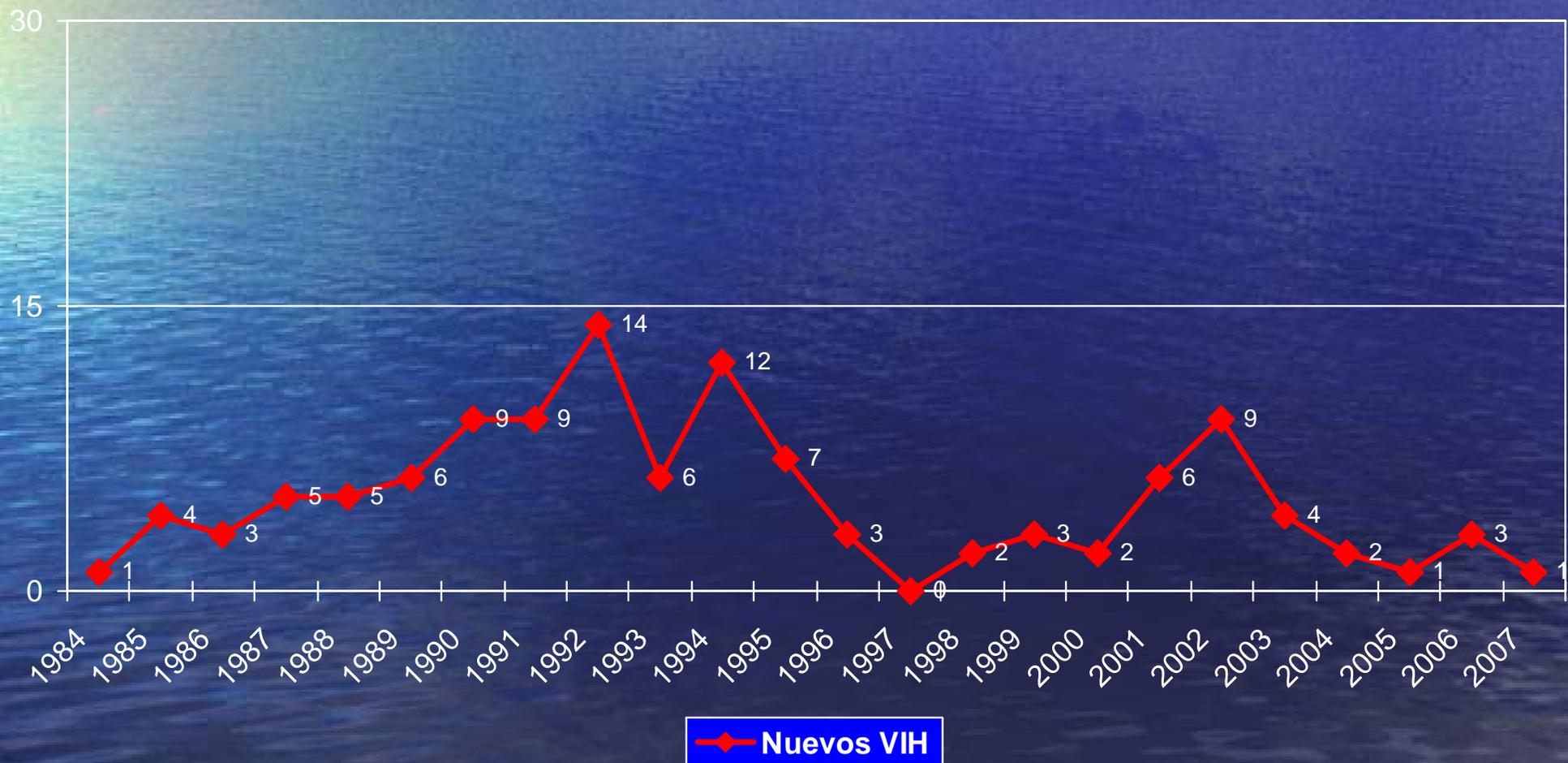
TRABAJO	N	%	Media IC 95%
- Cubierta	26	79	420 (262; 579)
- Máquinas	4	12	433 (183; 1050)
- Puente	3	9	166 (100; 431)
- Fonda	0	0	



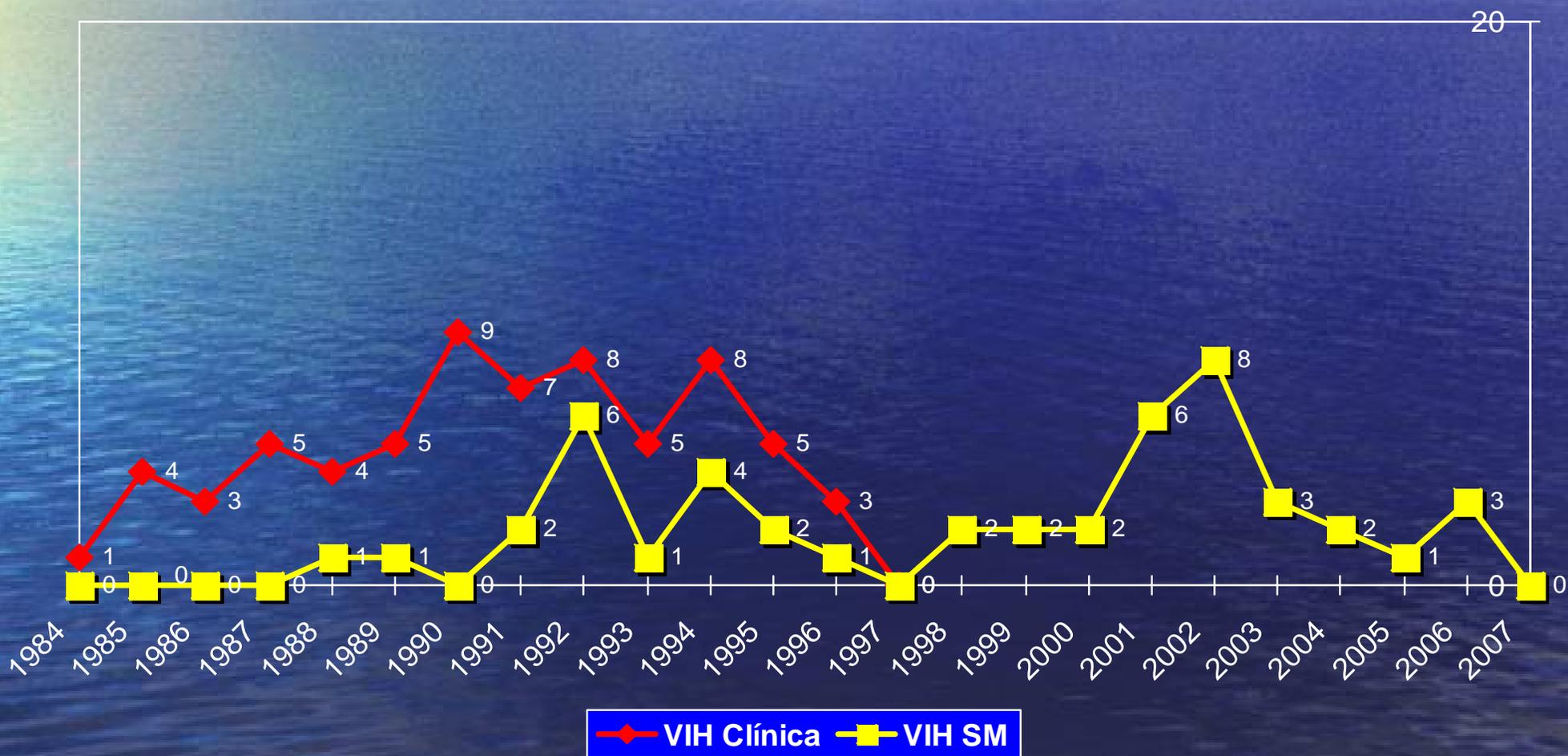
CRITERIOS DE APTITUD



VIH / año de diagnóstico



VIH / año de diagnóstico



DISCUSION

- **Riesgos ocupacionales de transmisión del VIH:**
 - Se han estudiado especialmente en trabajadores sanitarios y se consideran del 0,3% por exposición percutánea a sangre contaminada. A los patrones y oficiales de puente de los barcos, que tienen funciones sanitarias a bordo se les dan las recomendaciones universales preventivas en caso de actuaciones ante situaciones con hemorragias de algún trabajador, a través de los cursos de formación sanitaria específica avanzada que están obligados a realizar y reciclarse cada 5 años.
 - En cuanto a la manipulación de alimentos, todas las pruebas epidemiológicas y de laboratorio indican que las infecciones de transmisión sanguínea y sexual, no se transmiten durante la preparación de alimentos, ni al servirlos y no se ha podido comprobar en ninguna ocasión la transmisión del VIH en estas labores
- **Aptitud laboral para actividades marítimo-pesqueras:**
 - La existencia de infección por VIH, por sí sola, no debería contraindicar la actividad laboral para ningún trabajo de los realizados a bordo de los barcos. La periodicidad de los reconocimientos se realizará en función de la situación clínica e inmunitaria, aunque en general deberían realizarse revisiones al menos cada 6 meses.
 - En situaciones de inmunosupresión grave (número de linfocitos CD4+ <200/ml, porcentaje de CD4+ <15% o cociente CD4/CD8 < 0,3) y en los pacientes con carga viral > 100.000 y CD4 < 400 sería desaconsejable la actividad laboral en navegaciones oceánicas o de pesca de altura.

DISCUSION

- **Estrategias de prevención:**

- Según EUROSURVEILLANCE son mejorables en España la predisposición por parte de la población a realizarse la prueba y la vigilancia epidemiológica de la infección VIH.
- En Estados Unidos y el Reino Unido se han empezado a aplicar desde hace años políticas facilitadoras para la realización de pruebas de screening rápidas que obtienen resultados entre 10 y 30 minutos que pueden ser usadas para el diagnóstico y cuyo resultado positivo debe de ser confirmado.
- El Plan Estratégico para la Prevención del VIH hasta 2005 de los EEUU, enuncia en su meta 2: “Aumentar el conocimiento del estatus sérico”, tratando de pasar de un 70% a un 95% de personas infectadas que conozcan su estado. Esta meta plantea varias estrategias que tratan de aumentar la accesibilidad a las pruebas de diagnóstico (incluso en lugares diferentes a clínicas y centros sanitarios).
- Es necesario cambiar la estrategia diagnóstica en base a los riesgos de transmisión actual, teniendo en cuenta que el número de personas vivas con la infección por el VIH o con sida en España sigue aumentando, lo que hace necesario que las estrategias de prevención se adecuen a esta nueva situación con el fin de frenar la transmisión de nuevas infecciones.

CONCLUSIONES

- 1 - La **edad media** en la que se diagnostica la infección en el periodo 1998-2007 fue de **36,7 años**, casi **8 años más** que en el período 1984-1997.
- 2 - La **incidencia media anual** de infección VIH en marineros de nuestra zona es 15 veces mayor que la incidencia media anual de casos de SIDA en el período 1984-1997.
- La incidencia media anual de infección VIH diagnosticada en Sanidad Marítima de Pontevedra en marineros en los últimos 10 años (1998-2007) es 2,3 veces mayor que la diagnosticada en nuestro Centro en los 14 primeros años de la infección (1984-1997).
- 3 – La **situación inmunitaria** en el momento del diagnóstico de la infección VIH es significativamente mejor en Sanidad Marítima que la encontrada en los servicios clínico-asistenciales del área y significativamente peor entre los contagiados por relaciones sexuales que entre los contagiados por uso de drogas intravenosas.
- 4 – **Es preciso establecer protocolos de vigilancia de salud específicos para marineros e inmigrantes provenientes de áreas de alta prevalencia que incluyan determinaciones serológicas para el VIH.**
- 5 - Las **unidades de salud laboral** pueden jugar un papel muy importante para mejorar el conocimiento del estatus sérico de la población y deberían ser tenidas en cuenta en las posibles estrategias que se establezcan, evitando posibles discriminaciones laborales y respetando la confidencialidad y el derecho al trabajo de todas las personas.

Bibliografía

1. ONUSIDA. OMS. Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2006.
2. Vigilancia del SIDA y del VIH en España. Registro Nacional de casos de SIDA. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. Situación a 31 de Diciembre de 2006.
3. Alberny M. Actividades preventivas frente a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. JANO diciembre 1996; 51 (1192): 2.053-2.061.
4. Saag M. Natural History of HIV-disease. En Broder S, Merigan TC, Bolognesi D, eds: *Textbook of AIDS Medicine*. Baltimore, Williams & Wilkins 1994; 45-53.
5. Philips AW, Lee CA, Elford J. Serial CD4 lymphocyte counts and development of AIDS. *Lancet* 1991; 337: 389-392.
6. Mellors JW, Muñoz A, Giorgi JV, et al. Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *AIDS* 1997; 126: 946-954.
7. Gatell JM, Buira E, Soriano E, Soriano C, Tortajada C, Lozano L. Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por el VIH-1. En *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson-Salvat, 1998; 50-73.
8. Pantaleo G, Menzo S, Vaccarezza M. Studies in subjects with long-term non-progressive human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1995; 333: 210-216.
9. Wei X, Ghosh SK, Taylor ME, Johnson VA, Emini EA, Deutsch P et al. Viral dynamics in human immunodeficiency virus type-1 infection. *Nature* 1995; 373:117-122.
10. Poli G, Pantaleo G, Fauci AS. Immunopathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *Clin Infect Dis* 1993; 17: 219-229.
11. Lopez-Vélez R, Pujol M, Armas M y Gascón J. Profilaxis de las infecciones asociadas al VIH: recomendaciones para viajeros. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 1995; 13 supl 2: 49-53.
12. Ros A, Comesaña MJ, Sierra MT. Antecedentes sexuales de riesgo de marineros en África Sur: alta prevalencia de infección por el VIH. *Medicina Marítima* 1998; 1(6): 293-302.
13. Taboada JA, Loureiro C, López Pardo E et al. Positividad ante VIH (1, 2) y prácticas de riesgo sexual en una población de marineros. En *Actas II Congreso Nacional del SIDA*. Bilbao 2-5 de marzo, 1993; SEISIDA: 31.
14. Canals ML. Registro de la infección por VIH en los trabajadores del mar en España. *Medicina Marítima* 1998; 1(5): 260-292.
15. Report of the U.S. Preventive Task Force. Screening for Human Immunodeficiency Virus Infection: an updated statement. *Preventive Medicine*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996; 303-323.
16. Comesaña MJ, Ros A y Montes A. Consumo de opiáceos en marineros de la Ría de Pontevedra. *Revista Española de Infección y VIH*. *Medicina Marítima*, 1997; 1 (5); 205-216.
17. Castilla J, de la Fuente L. Evolución del número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los casos de sida en España, 1980-1998. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:85-89.
18. Proyecto EPI-VIH. Nuevos diagnósticos de infección por VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico de VIH. *JG* 2004.
19. Situación de la infección por VIH en inmigrantes. Resumen de los datos obtenidos a través de los distintos sistemas de información epidemiológica sobre el VIH y SIDA en España. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo, octubre de 2004.
20. Real Decreto 1996/2007, de 14 de diciembre, por el que se regulan los reconocimientos médicos de embarque marítimo. *BOE* 2007, 14 de diciembre de 2007.
21. Villanueva C. Valoración de la incapacidad laboral por SIDA. En *Guía de valoración del menoscabo permanente*. Ed. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Madrid 1998. Tomo II, 331-343.
22. Registro de casos de SIDA de la Comunidad Valenciana. Datos a 31 de marzo de 2006.
23. Vigilancia epidemiológica del VIH/Sida en Europa. Informes estratégicos "la UE y el SSPA" N° 4-2005.
24. Belza MJ, del Amo J, Parras F. Situación del SIDA y de la infección por el VIH en España. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.