

CAPITULO 12.

EXAMEN DE SALUD EN DROGODEPENDIENTES.

INDICE.

[1. OBJETIVO.](#)

[2. TIPO DE DROGADICCION.](#)

[3. PRUEBAS INCLUIDAS.](#)

[4. FUNDAMENTOS.](#)

[5. BIBLIOGRAFIA.](#)

1. OBJETIVO.

Evaluar la existencia de enfermedades agudas o crónicas relacionadas con el uso de drogas.
Conocer el estado de inmunización frente a VHA y VHB para vacunar en los casos seronegativos.

2. TIPO DE DROGADICCION.

2.1 Uso de drogas por vía parenteral (UDVP)

El uso de drogas por vía parenteral facilita la adquisición de diversas infecciones en relación con:

- Inoculación de microorganismos procedentes de la propia droga o el disolvente, de la piel, o de la sangre de otros individuos cuando se comparten jeringuillas.
- Hábitos sexuales, condiciones sociales y factores nutricionales que coinciden con la drogadicción y favorecen el desarrollo de infecciones como la tuberculosis o las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

2.2. Usuarios de drogas por vía no parenteral (Cocaína, Crack, Alcohol...)

Además de los factores indicados en el segundo punto del apartado anterior:

- Complicaciones cardiovasculares asociadas al consumo de Cocaína y Crack.
- Afectación musculoesquelética y rabdomiolisis.

3. PRUEBAS INCLUIDAS.

Pruebas incluidas:

- ü *Glucemia.*
- ü *Creatinina.*
- ü *Perfil de "Estudio básico del estado hepático": Bilirrubina total, ALT, GGT y Hemograma.*
- ü *Serología de hepatitis: anticuerpos anti-VHC, anti-VHA, anti-HBc y anti-HBs.*
- ü *Serología de lues: RPR/VDRL y TPHA.*
- ü *Serología VIH: anticuerpos anti-VIH ELISA.*

Pruebas opcionales:

Serán añadidas por el médico clínico cuando esté indicado:

- Ø Paciente ADVP con prácticas homosexuales:
 - ü *Investigación de parásitos en heces.*
 - ü *Cultivo faríngeo y rectal para investigación de gonococos.*

Pruebas generadas por el laboratorio:

- Si *Anti-HBc +* y *Anti-HBs -*, se determinará el *Ag-HBs* y si es + se

determinarán *Ag-HBe* y *Anti-HBe* y *DNA viral*.

- Si alteración de algún parámetro hepático del *perfil de estudio básico del estado hepático*, se generarán los perfiles que procedan (ver perfiles de hepatopatías, capítulo 11).
- Si elevación de la *creatinina* > 1.5 mg/dl, se generarán *urea, potasio y sodio*.

Pruebas generadas por el clínico:

A la vista de los resultados del perfil solicitado, el médico clínico enviará nueva muestra para:

- Si *Anti-VIH ELISA* +: se enviará nueva muestra para confirmar la positividad con nuevo *ELISA* y posterior técnica de *Western Blot* si el resultado vuelve a ser positivo.
- *Estudio hemático* si aparece alteración significativa en el *Hemograma* (ver [perfiles hemáticos, capítulo 13](#)).

Periodicidad:

Se realizará a criterio del médico clínico, recomendándose la petición del perfil cada 6-12 meses en función de los períodos ventanas de las infecciones virales incluidas en el perfil y de si se mantienen las conductas de riesgo.

4. FUNDAMENTOS.

4.1 Fundamento pruebas incluidas:

Hemograma:

Se incluye como prueba básica por la información que pueden dar algunos de sus componentes, en especial Hemoglobina y VCM en los estados carenciales asociados a anemia, el recuento de plaquetas cuya disminución es a menudo una manifestación de hepatopatía; y el recuento leucocitario y diferencial que se puede encontrar alterado en cuadros infecciosos.

Glucemia y Creatinina:

Incluidas por tratarse de pruebas básicas de cualquier examen de salud.

Perfil básico de estudio hepático:

Permitirá descartar o confirmar anomalías y alteraciones de la función hepática. Cada una de las pruebas recomendadas están justificadas en el perfil de "[Estudio Básico del Estado Hepático](#)", del [capítulo 11](#).

Serología de lúes:

Nos encontramos ante una población con una alta prevalencia de infección latente por lo que además de una prueba de cribaje (RPR), la utilización de una prueba treponémica (TPHA) de primera instancia nos descartará dicha situación.

Serología de hepatitis

El estudio de los diferentes marcadores serológicos frente a los virus de hepatitis tiene como objetivos:

- Detectar portadores de VHB.
- Confirmar el diagnóstico etiológico ante la presencia de una hepatopatía crónica por VHB y/o VHC.
- Detectar pacientes que no han tenido contacto previo con VHB y VHA para actuar inmunizándolos mediante vacunación.

VHB:

La prevalencia de marcadores frente a VHB en España según diferentes estudios se sitúa entre el 14 y 21% de la población general. En Andalucía a partir de donantes de sangre: 18-25% Anti HBc positivos y 1,5-2% AgHBs positivos.

Se ha recomendado la detección sistemática de Anti HBc con la finalidad de buscar posibles contactos con el virus, y la determinación de Anti.HBs con fines prevacunales. Es de esperar que la prevalencia en nuestro grupo de estudio sea superior a la indicada en la población general, lo que justificaría la utilización de un estudio prevacunal de estos pacientes.

Si las determinaciones de anti HBc y anti HBs son positivas nos indicarán que el sujeto de estudio ha tenido infección por el virus de la hepatitis B y se encuentra inmunizado.

Si los resultados de la detección de anticuerpos frente al antígeno core y el antígeno de superficie son negativas, el sujeto no es portador del virus ni ha tenido contacto con él, por lo que procederá vacunar frente al virus de la hepatitis B.

Si la determinación de anticuerpos frente al antígeno de superficie son positivos y los anticuerpos frente al antígeno core son negativos el sujeto está protegido frente al virus de la hepatitis B.

Si los anticuerpos frente al antígeno de superficie son negativos y los anticuerpos frente al antígeno core son positivos el laboratorio generará la determinación de antígeno de superficie, y si esta es positiva generará la determinación de antígeno y anticuerpos frente al sistema “e” del virus y en su caso si procede la detección del DNA viral.

Hay que hacer unas consideraciones especiales para los pacientes infectados por VIH:

- § La administración de la vacuna puede conllevar un incremento de la carga viral.
- § En los pacientes que presentan un avanzado grado de inmunodepresión puede ser preferible aplazar la vacunación hasta unos meses después de iniciar el tratamiento antirretroviral, con el fin de aumentar la inmunogenicidad de la vacuna.
- § Está indicada la determinación de marcadores postvacunales (Anti HBs) después de la 3ª dosis ya que estos pacientes pueden tener una respuesta alterada a la vacuna.

El exámen postvacunal es útil para conocer si el efecto inmunógeno de la vacuna contra el VHB ha sido bueno, no óptimo o nulo:

- § Anti HBs >100: Niveles óptimos.
- § Anti HBs 10 – 100: es conveniente administrar una 4ª dosis de vacuna.
- § Anti HBs < 10: la vacunación no ha sido eficaz y está justificado cado proceder a una segunda serie vacunal .
- § En la población general la vacuna induce Anti-Hbs en más del 90% de los vacunados de edad inferior a los 30 años. A partir de esta edad la inmungenicidad se reduce.

VHA:

Los estudios epidemiológicos efectuados por el Center for Disease Control (CDC) de EE.UU. han demostrado la elevada incidencia de hepatitis A en homosexuales y bisexuales masculinos y en los drogadictos.

La prevalencia de sujetos inmunizados es del 80% en mayores de 30 años y del 40% en el grupo de 20 a 29 años por lo que es conveniente la determinación de anticuerpos antes de proceder a la vacunación en estos grupos de edad.

La vacunación de las personas en riesgo debe considerarse como una actuación de protección individual y no tanto una medida sanitaria.

Dada la alta inmunogenicidad de la vacuna no se recomienda la determinación postvacunal sistemática de anticuerpos. La duración de la inmunidad es probablemente superior a 15-20años.

Sexología de VIH:

Esta prueba requiere el consentimiento informado del paciente. Es preciso advertir sobre la

necesidad de confirmación si el resultado es positivo y de la existencia de un período ventana.

El laboratorio determinará Anticuerpos mediante la técnica de ELISA, si fuera positiva se enviará una nueva muestra para confirmar (ELISA) y posteriormente se realizará un Western Blot (más específico) que dará definitivamente el diagnóstico.

4.2 Fundamento pruebas excluidas:

Parámetros Nutricionales:

Indicados tras la evaluación individualizada de cada paciente.

Reactantes de fase Aguda: PCR, VSG:

En situaciones basales sin síntomas y sin signos sugerentes de infección aguda no consideramos que aporte información adicional.

Enzimas musculares:

Se excluyen por motivos similares al punto anterior.

5. BIBLIOGRAFIA.

Charles E. et al. The medical complications of drug addiction and the medical assessment of the intravenous drug user: 35 years later. *Ann. Intern. Med.* 1993; 119: 1017-1028.

Miró J.M. et al. Infecciones en los usuarios de drogas por vía parenteral y en los homosexuales no relacionados con el VIH. En *Guía práctica del SIDA. Clínica, Diagnóstico y Tratamiento.* JM. Gatell et al. Ed. Barcelona: Masson 2000; p: 255-95.

Vergara A. et al. Infección del paciente usuario de drogas parenterales. En: *La infección en el VIH: Guía práctica.* Pachón J. et al. Junta de Andalucía-Consejería de Salud. SAEI. Sevilla 2000; p: 213-22.

Navas E. et al. Eficacia de la detección prevacunacional de Anti HBe en los programas de vacunación antihepatitis B. *Med. Clin (Barc)* 1992; 99: 641-644

Vaccine 1995; vol 13, nº13.

Mayoral Cortes J.M. et al. Inmunoprofilaxis frente a la hepatitis. B. *Med. Clin. (Barc)* 1992; 99: 624-626.

Campins M et al. La vacunación del personal sanitario. *Med. Clin. (Barc)* 1999; 113: 583-591.

Navazo et al. Manejo del paciente infectado por VIH en atención primaria: Profilaxis de enfermedades asociadas. En: *Prevención y asistencia de la infección por VIH en atención primaria.* Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. MSC. Madrid 2001; p: 96-105.