



El Cirujano y la Infección por Hepatitis B

Colegio Americano de Cirujanos *

Tanto los pacientes como los trabajadores de la salud han estado muy preocupados por la transmisión potencial de gérmenes patógenos a través de la sangre infectada del trabajador de la salud al paciente o viceversa. En buena parte esta preocupación ha sido creada por la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La experiencia cada vez mayor parece indicar que el riesgo actual de transmisión del VIH a los trabajadores de la salud es muy baja. La preocupación por el VIH ha despertado la atención de otros tipos patógenos de origen sanguíneo que son igualmente importantes y pueden ser un riesgo aún mayor.

Como resultado de lo anterior, hay una conciencia clara sobre las consecuencias para los cirujanos y demás trabajadores de la salud (TS) frente a los pacientes con la hepatitis B, producida por el virus de la hepatitis B (VHB), y con hepatitis C (VHC). El VHB es mucho más transmisible que el VIH. Se estima que hay 8.700 nuevos casos de VHB adquirida en las labores diarias de los trabajadores de la salud de los Estados Unidos. La mayoría de estos individuos se recuperan sin secuelas, pero se estima que 200 a 250 trabajadores de la salud mueren cada año de hepatitis adquirida durante el trabajo. Por lo tanto, el número de TS que mueren por el VHB adquirido en el trabajo es mucho mayor que aquellos que mueren por el VIH.

La disponibilidad de una vacuna segura y efectiva que inmunice contra la hepatitis B, y los requerimientos de la administración en salud y seguridad ocupacional (OSHA) según los cuales se debe ofrecer a los trabajadores de la salud la inmunización, aparentemente ha reducido la incidencia de tantos nuevos casos fatales de hepatitis. Sin embargo, muchos cirujanos en la práctica no cumplen los requerimientos de la OSHA e infortunadamente permanecen aún sin inmunizar y corriendo el riesgo.

En febrero de 1994, el Colegio Americano de Cirujanos (CAC) y el Centro para Control y Prevención de Enfermedades, patrocinaron una reunión conjunta sobre "Prevención de la Transmisión de Patógenos de Origen Sanguíneo en Cirugía y Obstetricia". La reunión se enfocó sobre VIH, VHB y VHC. La experiencia demuestra que los cirujanos permanecen relativamente seguros de no adquirir en el trabajo el VIH. En el caso de pacientes dentales infectados con el VIH por parte de odontólogo, son los únicos casos informados de transmisión de un trabajador de la salud al paciente. El consenso enfatizó sobre el mayor riesgo de transmisión del VHB. Comparativamente, poco se sabe hoy en día del VHC, pero es también un riesgo importante para los trabajadores de la salud.

Se puede concluir que los principios y recomendaciones del Colegio Americano de Cirujanos publicados en 1991 sobre el cirujano y el riesgo de infección por VIH están bien fundamentados.

Estas declaraciones del cirujano y el VHB acompañan a las recomendaciones previas sobre el cirujano y el VIH, pero reconocen que la transmisibilidad y, por lo tanto, el riesgo del VHB es diferente al del VIH. Los cirujanos tienen un riesgo mayor de contagio en el trabajo para la hepatitis B. El riesgo de exposición se inicia tempranamente en la carrera del cirujano y es más elevado que el de la mayoría de los demás trabajadores de la salud, y continúa a través de toda la carrera del cirujano y es obviamente mayor que el de la población en general. La inmunización es segura, efectiva y prácticamente elimina el riesgo; aunque el equipo de protección personal y otro tipo de barreras pueden reducirlo, es poco probable que este enfoque alcance la protección que se logra con la inmunización.

El riesgo de transmisión de hepatitis B del paciente al cirujano es mucho mayor que el de transmisión del cirujano al paciente. El riesgo de transmitir el VHB del cirujano al paciente es considerablemente mayor que el de transmitir VIH del cirujano al paciente. No hay casos conocidos de transmisión del VIH del cirujano al paciente en la sala de cirugía.

* Traducción del inglés a cargo del doctor Jaime Escallón, Presidente de la S.C.C.

En contraste, hay 24 casos de transmisión de hepatitis B del cirujano al paciente en la sala de cirugía, identificados desde 1972. Esto incluye 8 ginecólogos, 8 cirujanos plásticos, 7 cirujanos generales y 1 ortopedista. La tasa de ataque en estos casos varía de 4 por 1.000 (0,4%) a 18 (1,8%). El antígeno "e" de la hepatitis B (Ag eHB) es un marcador serológico asociado con altos títulos circulantes del virus de la hepatitis B y en consecuencia de mayor inefectividad. Entre los cirujanos en que se conocía el estado del Ag eHB, todos, menos uno, eran positivos. Puesto que la HB es con frecuencia asintomática, puede haber cirujanos que no saben que son seropositivos para el Ag eHB, igual que algunos pacientes cuya hepatitis no se detecta o no se informa. Por lo tanto, el número real de casos es probablemente mayor que el número informado.

El riesgo de transmisión del VHB de un cirujano positivo para el Ag eHB, al paciente en un procedimiento invasor, varía de acuerdo con el procedimiento en particular y el cirujano. El número actual de cirujanos Ag eHB positivos no se conoce. El riesgo de transmisión de un paciente se estima sobre modelos teóricos que cubren solamente transmisiones esporádicas. Por lo tanto, los riesgos estimados son mucho menores que las tasas de ataque anotadas en los casos que han sido completamente investigados.

Sin embargo, el riesgo estimado parece ser mayor que el riesgo relativo de mortalidad asociado con anestesia, transmisión de VIH después de sangre adecuadamente preparada o la mortalidad por alergia a la penicilina. El riesgo de muerte por HB es mucho menor que por anestesia, transfusión o penicilina.

El mecanismo exacto de transmisión del cirujano al paciente no se conoce pero se cree que es por contacto con la sangre del cirujano. Este contacto puede ocurrir cuando el cirujano sufre una herida durante la cirugía (por ejemplo un pinchazo con aguja) que permite que la sangre del cirujano se ponga en contacto con los tejidos abiertos del paciente en forma directa. Aunque se reconoce que esto representa mala técnica quirúrgica, no en todos los casos de transmisión del cirujano al paciente del VHB pueda ser demostrada una técnica quirúrgica inadecuada. Alguna evidencia reciente sugiere que el simple hecho de anudar materiales de sutura produce suficiente daño en la piel para transmitir el virus por parte del cirujano al paciente. La información que se tiene hasta el momento sobre los mecanismos de transmisión no es suficiente para modificar las técnicas quirúrgicas de tal forma que puedan prevenir la transmisión del cirujano al paciente.

Recomendaciones

En años recientes el CAC ha publicado varias recomendaciones con el propósito de reducir el riesgo de transmisión de patógenos sanguíneos entre pacientes y trabajadores de la salud. Conociendo estas recomendaciones y basados en la información actual, el Colegio Americano de Cirujanos hace las siguientes recomendaciones referentes al virus de la hepatitis B:

1. El cirujano debe continuar utilizando los estándares más altos para control de infección que involucren los métodos más efectivos conocidos de barreras estériles, precauciones universales y prácticas de control de la infección científicamente aceptadas. Esta práctica debe extenderse a todos los lugares en donde se preste el cuidado quirúrgico.
2. El cirujano tiene la misma obligación ética de prestar cuidado al paciente con hepatitis B, que a cualquier otro paciente sin esta enfermedad.
3. Todos los cirujanos (y otros miembros del equipo quirúrgico) deben estar vacunados contra la hepatitis B tan pronto como sea posible en el inicio de sus carreras profesionales.
4. El cirujano que haga procedimientos invasores debe conocer su estado de anticuerpos para el virus de la hepatitis B. Los cirujanos sin evidencia de inmunidad para la HB, deben conocer el estatus del Ags HB y, si es posible, también del Ag eHB. Porque el cirujano infectado con el virus de la hepatitis B y que tiene un Ag eHB positivo, puede transmitir el VHB al paciente. La prevención de la infección entre los cirujanos parece ser una estrategia efectiva para evitar la transmisión del VHB del cirujano al paciente.
5. Los cirujanos infectados con el VHB y que son positivos para el Ag eHB no deben hacer procedimientos invasores a menos que hayan pedido consejo y orientación a un experto o a un comité que en forma confidencial les aconseje sobre las circunstancias, si hay alguna, en que puedan continuar haciendo este tipo de procedimientos. El cirujano con Ag eHB positivo que haga procedimientos invasores debe notificar a sus pacientes antes de la cirugía o de cualquier otro procedimiento, sobre la seropositividad.
6. Los cirujanos con Ag eHB positivo deben considerar las opciones de tratamiento disponibles para volverse Ag eHB negativo.
7. Los cirujanos que tienen Ags HB positivo pero que no tienen Ag eHB positivo, no necesitan informar a los pacientes, salvo que sepan que han transmitido el virus de la hepatitis B a un paciente siendo Ag eHB negativo.
8. El cirujano con anticuerpos naturales adquiridos contra el virus de la hepatitis B, están protegidos de adquirir el VHB del paciente. La seguridad y efectividad de la inmunización contra el VHB, descarta el uso de las pruebas en los pacientes, como una estrategia alterna con el objeto de autoprotección.

9. Pacientes previamente inmunizados contra el VHB, aparentemente no tienen riesgo de adquirirlo de cirujanos positivos para el Ag eHB. Los pacientes sin inmunidad previa para el VHB que están considerando la realización de un procedimiento invasor, tienen el derecho de saber lo relacionado con el virus de la hepatitis B de su cirujano.

CONCLUSION

La inmunización contra el VHB parece ser el método más efectivo de prevenir su transmisión del paciente a los miembros del equipo quirúrgico. Esta inmunización es también la forma más efectiva de reducir el riesgo de transmisión del VHB del cirujano al paciente. Eventualmente, bien sea en forma voluntaria u obligatoria, todos los cirujanos deben ser inmunizados. Hasta que esto ocurra, el VHB va a seguir siendo un riesgo para el cirujano. El Colegio Americano de Cirujanos y sus comités van a continuar registrando los datos y actualizando las recomendaciones de acuerdo con los hallazgos más recientes.



SUGERENCIA

A partir del mes de abril de 1986, cuando apareció el primer número de la Revista CIRUGIA hasta la fecha, se han publicado en ella diversidad de temas médicos de todas las especialidades, con predominio de los quirúrgicos, como es obvio.

Por ello, sugerimos a nuestros colaboradores e investigadores médicos, consultar los contenidos de nuestra revista durante la etapa de averiguación bibliográfica sobre el tema por desarrollar en sus trabajos científicos, con la seguridad de que en ella encontrarán valiosa información sobre la medicina y la cirugía que estamos ejerciendo en Colombia, cuya inclusión en las respectivas referencias bibliográficas estimula a nuestros investigadores y autores, se dan a conocer nuestros valores científicos y nuestra patología vernácula y se divulga el verdadero nivel académico de la medicina nacional.

Los Indices de Materias y Autores, que pueden consultarse con tales fines, se hallan publicados en las siguientes entregas de CIRUGIA: Vol. 4, Núm. 3, Diciembre de 1989; Vol. 5, Núm. 1, Abril de 1990; Vol. 6, Núm. 1, Abril de 1991; Vol. 6, Núm. 3, Diciembre de 1991; Vol. 8, Núm. 2, Abril-Junio de 1993; Vol. 8, Núm. 4, Octubre-Diciembre de 1993; Vol. 9, Núm. 4, Octubre-Diciembre de 1994.

Si no se dispone de los números anotados, pueden consultarse en la sede de la Sociedad Colombiana de Cirugía, calle 100 N° 14-63, Of. 502 de Bogotá, Tels. 2574560 y 2574501.