

Atención y manejo apropiados de accidentes profesionales y no profesionales

Ernesto Martínez B., M.D. – Universidad del Valle, Colombia

No llegan a 60 los casos documentados en Estados Unidos de infección por VIH resultante de una exposición ocupacional de riesgo biológico y de unos pocos cientos los casos probables (casos sin total certeza); sin embargo, estas escuetas estadísticas pueden ser sólo un reflejo del enorme subregistro observado en casi todos los escenarios hospitalarios del mundo y de la baja sensibilidad que los trabajadores de la salud aún poseen en el reconocimiento y manejo de los accidentes ocupacionales.

Este sorprendente estado de ignorancia en el medio de la salud se ve magnificado por el alto nivel de confusión frente al entendimiento de lo que representa o no representa “riesgo biológico” y en consecuencia lo errático, dispar y equívoco que resulta ser el manejo del caso individual en los servicios de urgencias a donde acude el profesional para evaluación. Tamizaje para infecciones como sífilis, HTLV-1, hepatitis A, malaria etc., junto con las más típicas como VIH, hepatitis B y hepatitis C generan gran confusión y al mismo tiempo rumbos equivocados en la toma de decisiones. Las entidades de salud, específicamente las ARP (Administradoras de Riesgos Profesionales) emiten a su vez protocolos que tienden a restringir o limitar a manera de camisa de fuerza la extensión con la que debe evaluarse cada caso en particular, todo ello indicando un desconocimiento global sobre el manejo de situaciones de riesgo biológico. Las sociedades científicas en Colombia están comprometidas con su cuota de responsabilidad al no pronunciarse homogéneamente emitiendo protocolos unificados sobre qué hacer y qué no hacer en presencia de una exposición ocupacional de riesgo biológico.

Se acrecienta el nivel de preocupación con la pobre delimitación entre lo que se considera riesgo biológico de origen ocupacional, resultando frecuentemente que exposiciones no ocasionadas por agujas (las cuales cursan con una mejor definición de responsabilidades legales), como lo son las relacionadas con exposición a tuberculosis, varicela, meningococo, sarampión, rubeola, gérmenes de especial virulencia o resistencia, etc., resultan en desatención culposa de las instituciones o, alternativamente, en indecisiones y negligencias al no asumir la responsabilidad de tales eventos tanto por las ARP como las EPS.

Por lo tanto, en el manejo de riesgo biológico por exposición ocupacional se incluyen las siguientes pautas concretas:

- El escenario donde sucede y NO la patología infecciosa es el que define la característica *ocupacional* de la exposición y por lo tanto la responsabilidad de su cubrimiento por la

institución o la ARP.

- El factor más importante en la evaluación de una exposición ocupacional es el **caso fuente**. Todo protocolo debe permitir la flexibilidad de cubrir apropiadamente todo aquello que específicamente se indique por las características de infectocontagiosidad del paciente fuente. Un paciente de 90 años fuente de una exposición con aguja puede ser de bajo riesgo a VIH, pero si presenta bacteremia por neumococo las consecuencias de la misma deben ser previstas y cubiertas en el manejo del accidente.
- No debe escatimarse ningún esfuerzo en contactar al paciente fuente por las obvias implicaciones en intervenciones inmediatas de tipo terapéutico o profiláctico o su suspensión si ya habían sido iniciadas o bien para la identificación o descarte de situaciones de riesgo biológico con su específico pronóstico. El costo del tamizaje del paciente fuente es sólo una fracción del costo de una profilaxis con antirretrovirales, cualquiera que sea el esquema. La ley estima obligatoria la autorización por escrito del paciente fuente o su acudiente para la elaboración de exámenes diagnósticos de infección por VIH.
- La evaluación pre-test (probabilidad de riesgo) del paciente fuente determinará la intensidad y agresividad con que se harán las medidas terapéuticas o profilácticas a practicarse en el trabajador expuesto. Esta evaluación de riesgo es bastante subjetiva y por ello se recomienda la participación de un especialista en enfermedades infecciosas para la asesoría inmediata y la toma de decisiones.
- En los accidentes ocupacionales con agujas (los que más fácil y frecuentemente se reportan) debe darse prelación al riesgo de hepatitis B, hepatitis C y VIH. Otras probabilidades de contagio como sífilis, hepatitis A, HTLV-1, etc., son menos bien conocidas y caracterizadas al igual que las prácticas preventivas a ofrecerse y por ello su estudio sólo se justifica en el caso de que el paciente fuente sea claramente positivo (infectocontagioso) para tales infecciones.
- Para **hepatitis B**, es muy probable que el profesional de la salud ya haya sido previamente vacunado. De haber sucedido en menos de 5 años y no conocerse su estado de respuesta a la vacuna, lo más importante es documentar en el momento del accidente el nivel de respuesta de anticuerpos a la misma. Si este examen se ha de demorar o no se puede practicar debe asumirse riesgo presente y la recomendación es el uso de HBIg (Gamaglobulina hiperinmune de la hepatitis B) en situaciones de muy alto riesgo (paciente fuente con HbsAg positivo o contacto con prostituta, drogadicto u homosexual promiscuo), o alternativamente un refuerzo de la vacuna el día del incidente si el paciente fuente no es considerado de riesgo elevado o es desconocido. Normalmente se podrá esperar el resultado de los títulos de anticuerpos contra el HbsAg para tomar una

- determinación (en < 48 horas).
- Para **hepatitis C** el riesgo siempre debe considerarse presente más aún cuando la seroprevalencia de la población general es alrededor del 2 %. Es de común ocurrencia que las ARP no asuman el estudio de hepatitis C en los protocolos que implementan. No existe actualmente medida profiláctica efectiva para el manejo de riesgo ocupacional a la hepatitis C, por lo que la única recomendación es garantizar su seguimiento serológico a 3 y 6 meses del evento. El documentar unos anticuerpos negativos para hepatitis C en el paciente fuente no es garantía de ausencia de infección dada la ventana inmunológica prolongada de esta enfermedad. Accidentes de trabajo con pacientes fuentes negativos para hepatitis C pero considerados de alto riesgo (específicamente drogadictos EV y/o antecedentes de transfusiones sanguíneas) deben vigilarse serológicamente a pesar de un resultado negativo inicial.

Actualmente se considera inadecuado el uso de cualquiera de las preparaciones de inmunoglobulinas para profilaxis de hepatitis C, y el uso de interferón en casos de contacto positivo para hepatitis C se considera solamente experimental y no existe ninguna pauta concreta actual para su uso.

- Para riesgo por **VIH** se recomienda seguir las pautas del CDC emitidas en el documento MMWR de mayo de 1998 que aún orientan las estrategias de selección y uso de profilaxis con antiretrovirales. Para enfatizar:
 - La importancia de evaluar tanto el paciente fuente a *cualquier momento* como la intensidad o severidad del accidente, estratificándose así de manera adecuada los accidentes ocupacionales.
 - El inicio de antirretrovirales tan inmediato como sea posible. Ello implica que estos accidentes deben asumirse como urgencia médica y facilitársele la atención del mismo al empleado aún por encima de las conveniencias o dificultades del empleador por cubrir la ausencia obligada del trabajador expuesto,
 - Realizar un test rápido de embarazo en todos los casos de mujeres en edad fértil SIN un mecanismo anticonceptivo efectivo y ANTES de la primera toma de los antirretrovirales. En caso de conocerse o documentarse embarazo, la decisión debe ser tomada en conjunto con la embarazada y el especialista y en virtud de las características individuales del accidente.
 - Proporcionar las garantías necesarias al profesional o empleado de la salud para culminar satisfactoriamente la profilaxis aún si ello conlleva la autorización de medicamentos para mejorar la tolerancia (antieméticos, analgésicos, antiulcerosos, etc.) y de incapacidades laborales. Si bien son muy frecuentes los síntomas de

- intolerancia, son excepcionales los casos de toxicidad.
- El uso de terapia dual con AZT y 3TC (o su combinación en una sola tableta) será suficiente para la gran mayoría de accidentes de fuente desconocida o previo al reporte del tamizaje de VIH al mismo y la adición de un inhibidor de proteasa (Indinavir o Nelfinavir) solamente se ve indicada cuando se conoce fuente positiva para VIH sin control terapéutico satisfactorio o de significativo alto riesgo.
- Informes recientes no soportan el uso de nevirapina como opción profiláctica por reporte de casos de hepatotoxicidad asociada. Esto contrasta con la generalizada aceptación del uso de la misma en el contexto de profilaxis periparto de la transmisión vertical al feto en el cual se administra una dosis única previa al nacimiento del neonato.

Especial capítulo es el manejo de exposiciones no ocupacionales como las víctimas de ataques sexuales o quienes consultan por contactos sexuales de alto riesgo. Se les remite de nuevo al documento del CDC y se hace énfasis en los siguientes aspectos:

- El patrón de conducta de quien incurre en contactos sexuales de alto riesgo es el factor principal para determinar si es conveniente la profilaxis con antirretrovirales: quien frecuentemente incurre en situaciones similares no es adecuado candidato a profilaxis para un solo incidente. Más efectiva es una oportuna consejería.
- Hay un creciente consenso en la recomendación de profilaxis con antirretrovirales en víctimas de ataque sexual, considerando que acuden a consulta en un plazo no mayor de 72 horas (la ventana de oportunidad es mayor que para accidentes con agujas, la cual es percutánea a diferencia de la sexual). No hay un consenso hacia la utilidad de adicionar inhibidores de proteasa al régimen de AZT y 3TC.
- Igualmente se deben prescribir antibióticos profilácticos de enfermedades de transmisión sexual como Cipro u ofloxacina, ceftriaxona y azitromicina. Igualmente debe proporcionarse un método de anticoncepción post-coito.
- El seguimiento serológico es similar a los casos de exposición ocupacional, adicionando en el tamizaje la serología para lúes, la cual cobra importancia en estas circunstancias.