

**ORGANIZA:
SMU
COMISIÓN PARA EL IMPACTO PSICOSOCIAL DEL VIH-SIDA
Y OTRAS ENFERMEDADES EMERGENTES.**

15 DE MARZO DE 2002

PROGRAMA

COORDINACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA JORNADA

Prof. Agdo. Dra. Nelly Piazza..... Pág. 002

INTRODUCCIÓN AL TEMA

Prof. Dra. Adelina Braselli Pág. 005

RESISTENCIA DE LOS VIRUS A LOS AGENTES FÍSICO QUÍMICOS

Prof. Agdo. Dr. José Russi Pág. 009

HEPATITIS B Y C

Dra. Julia Galzerano Pág. 015

VIH

Dr. Aníbal Dutra..... Pág. 021

EXPERIENCIA EN LA ACTIVIDAD PÚBLICA S.E.I.C

Dr. Ignacio Mirazzo Pág. 027

Dra. Mariela Mansilla Pág. 032

EXPERIENCIA EN LA ACTIVIDAD PRIVADA B.S.E.

Prof. Dr. Hugo Bielli Pág. 037

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

..... Pág. 044

PROF. AGDO. DRA NELLY PIAZZA:

Vamos a presentar a los oradores, porque muchos de ustedes no los conocen porque no pertenecen al ámbito médico. En primer término la Prof. Dra. Adelina Braselli, ex profesora de la Clínica de Enfermedades Infecciosas. En segundo lugar, el Prof. Agdo. Dr. José Russi que es director del departamento de laboratorio del MSP y excelente docente de la Facultad de Medicina. En tercer lugar, la Dra. Julia Galzerano, también docente e integrante del CASMU, como médico eficiente en la Unidad Preventiva. Luego el Dr. Aníbal Dutra, también docente del Instituto de Enfermedades Infecciosas. Todos nosotros integramos la Comisión del SMU del impacto Psicosocial del VIH y de otras enfermedades emergentes, pero hoy tenemos invitados especiales como: la Dra. Mariela Mansilla que es docente, integrante de SEIC (Servicio de Enfermedades Infecciosas) y miembro de la Unidad de Medicina Preventiva del CASMU. Al Dr. Ignacio Mirazzo, Director del SEIC y al Prof. Dr. Hugo Bielli docente de la Facultad, pero que en esta ocasión representa al BSE (Banco de Seguros del Estado)

Tenemos también dos integrantes de esta comisión, que si bien no van a pasar a adelante, van a intervenir desde sus lugares. Estos son la Dra. Curbelo que es Prof. Agdo. de la cátedra de Medicina Legal y la Dra. Nora García que integra el SEIC y que es encargada de coordinar la última parte de esta reunión, en la cual ustedes van a tener una participación activa, con preguntas y sugerencias de interés. Como me

corresponde abrir esta jornada, voy a decir algunas palabras del tema que nos convoca en el día de hoy.

Esta reunión surge para dar respuesta a preguntas e inquietudes de muchos trabajadores de la salud, planteadas a nuestra comisión o directamente a sus integrantes, respecto a la transmisibilidad potencial de estas enfermedades. Específicamente en las situaciones de accidentes laborales ¿porqué estas preguntas? Porque a veces no se encuentran respuestas de consenso en las diferentes instituciones públicas y privadas. Es decir que hay controversias incluso dentro de una misma institución entre los mismos médicos. Otras veces es porque se desconocen las responsabilidades institucionales de los servicios y personales, en la cobertura de los accidentes laborales. Incluso en el procedimiento a seguir cuando un accidente ocurre. Esperamos que esto de alguna manera se aclare en esta jornada. De las tres enfermedades que nos ocupan en el día de hoy, la Hepatitis C y la infección del VIH son consideradas actualmente enfermedades emergentes y como son de relativa reciente aparición, falta información. Esto sobretudo para la Hepatitis C o para el caso del VIH, que persiste –a pesar del tiempo- el miedo a esta enfermedad. Para la Hepatitis B, en cambio, las dudas surgen en torno a la vacunación, a la duración de la inmunidad, a las conductas a seguir en un vacunado o no vacunado que sufre un accidente. Entonces el objetivo de esta reunión es reforzar y actualizar algunos conocimientos para dar respuesta a esas inquietudes planteadas.

Los expositores son ampliamente reconocidos por su experiencia a nivel nacional e incluso internacional y abordarán el riesgo de exposición, analizando aspectos epidemiológicos, características de los agentes y su viabilidad, las vías y modos de transmisión, las fuentes de infección conocidas y desconocidas, las normas laborales y/o de seguridad y otras medidas de prevención primaria y secundaria. En suma: el riesgo existe y las dudas persisten. El personal de salud es un colectivo de riesgo intermedio o alto, según los diferentes autores. Este colectivo lo constituye, no sólo los trabajadores del área médica, sino también de la odontológica. No sólo los profesionales, sino los auxiliares y aún los auxiliares de servicio, incluyendo a los estudiantes de distintas disciplinas, enfermería, tecnología, odontología y medicina. De manera que los estudiantes bienvenidos integran nuestro colectivo de riesgo.

Repasaremos al final, la experiencia del SEIC en relación a las consultas, así como las del BSE que da cobertura a las instituciones privadas. Veremos la realidad de Montevideo y en el Interior, a través de las exposiciones enriquecidas por los comentarios, preguntas y una discusión final. La Dra. Nora García se encargará de ir recogiendo aquellas preguntas que ustedes ya tengan ahora y las que surjan verbalmente. Esperamos que esta reunión sea fructífera para todos nosotros. Damos ahora la palabra a la Dra. Braselli.

INTRODUCCIÓN AL TEMA

PROF. DRA. ADELINA BRASELLI:

En primer lugar, el riesgo del personal de salud es el mismo que tiene la población en general, pero a ello se suma el riesgo de adquirir infecciones por estar en contacto con enfermos que padecen enfermedades de transmisión y además de las derivadas de accidentes laborales. Es importante diferenciar -porque muchas veces hay confusión- entre las enfermedades infecciosas que pueden contraer el personal de salud y lo que es una infección hospitalaria o nosocomial. Definimos las infecciones hospitalarias o nosocomiales como las infecciones adquiridas por los pacientes luego de su internación y que en su mayor parte se relacionan con la alta agresividad de las técnicas diagnósticas y las terapéuticas, que están favorecidas por el deterioro inmunitario de los huéspedes. Los gérmenes que con mayor frecuencia producen estas infecciones son tres: el E.coli, la Pseudomonas y el Staphylococcus. A ellos hay que agregar otros gérmenes gram negativos como la Klebsiella, el Enterobacter y el Acinetobacter. También otros gérmenes Gram positivos además del estafilococo, como el Enterococcus.

Estos gérmenes son especialmente transportados por las manos de las personas que manejan los enfermos y por la mala higiene. Dentro de las infecciones hospitalarias también hay que considerar que los enfermos que están internados pueden adquirir enfermedades por otros mecanismos y por las mismas vías que el personal de salud. Las vías de transmisión de las enfermedades son varias. En el día de hoy se va a hablar

de la transmisión de la vía sanguínea y por fluidos corporales. Las más importantes: la Hepatitis C, B, el VIH y otras que no se van a tratar en el día de hoy.

El personal de salud puede también adquirir infecciones por otras vías como la vía aérea y en especial destacamos, al de los agentes de algunas Meningitis como es el Meningococo y el Hemófilus. Otras Meningitis no se transmiten, por lo que no es necesario que los enfermos sean aislados, salvo para estas dos etiologías. La tuberculosis se transmite también por la vía aérea y está adquiriendo gran importancia por el aumento número de enfermos y por la existencia en otros países –no en el nuestro- de la tuberculosis resistente. Biosis respiratorias como la gripe, sarampión, varicela, la Rubeola, el Hanta virus de localización respiratoria, la enfermedad Urleana, el virus respiratorio sicial (VRS), también pueden transmitirse por esta vía.

Otra vía de transmisión: la fecal-oral. Son los gérmenes de las infecciones entéricas que se eliminan por vía intestinal y que entran por vía digestiva y que pueden ser transportadas de un enfermo a otro. Nuevamente resaltamos la limpieza de las manos que son los vehículos por donde pueden ser transportados estos agentes. Entre ellos tenemos la Salmonelosis, Salmonella Especie y Tifoidea, la Shigellosis -el virus del Cólera-, el E.Coli, la Hepatitis A, el Helicobacter Pylori, el Giardia y algunos parásitos: la Entamoeba y el Cryptosporidium.

También pueden transmitirse por vía directa. Entre ellos: la Sarna, el virus Varicela Zoster y el virus del Herpes Simple. El personal que está en riesgo de adquirir infecciones es en primer lugar la enfermería, porque es el que tiene más contacto con los enfermos, más horas de contacto, más tiempo de manipulación con el enfermo. El personal de limpieza y lavandería, también tiene riesgo; los médicos en general: Cirujanos, Anestelistas, Endoscopistas, Laboratoristas, el personal paramédico, Dentistas y Veterinarios. Destacamos el especial riesgo que tienen las embarazadas, que a veces no es tanto el riesgo de la enfermedad para la madre, sino para el feto.

Los riesgos son variables según la tarea que desempeñe cada persona, es decir las funciones de cada uno. El personal de enfermería tiene riesgo en las enfermedades de transmisión aérea, fecal-oral, por contacto, por sangre y por fluidos. Lavandería especialmente Salmonelosis, por el contacto con sábanas, Hepatitis A e infecciones transmitidas por sangre y fluido, porque en las sábanas puede ir una aguja mezclada e infectada que puede ser un riesgo para el personal de lavandería. Los Endoscopistas tienen riesgo sobre todo por infecciones por vía aérea. Los cirujanos por infecciones transmitidas por sangre y fluido. El laboratorio que está manipulando mucho material contaminado tiene mucho riesgo de varios tipos de infecciones, entre ellas podemos citar: Hepatitis, infecciones Meningocóccicas, Tuberculosis, Brucelosis, Salmonelosis, Psitacosis. En el caso de los Dentistas, sobre todo infecciones por vía aérea y por sangre. En los Veterinarios, riesgo de zoonosis, infecciones transmitidas por animales.

Las embarazadas con el riesgo para el feto, como ya dijimos: la Varicela, las Hepatitis, Citomegalovirus, Rubéola e infecciones por Enterovirus.

Posteriormente se van a comentar los accidentes laborales con materiales biológicos, con sangre y fluidos corporales, que se define como el contacto o inoculación de sangre o fluidos que pueden tener agentes biológicos, durante la realización de trabajos especialmente relacionados. Los líquidos corporales contaminantes son muchos: sangre, semen, secreciones vaginales –esos tres especialmente para el VIH- y otros fluidos: saliva, líquidos amnióticos, pericárdicos, pleural, peritoneal y sinovial.

Por último recordar las medidas preventivas de estas infecciones, que mediante la aplicación de medidas universales, que son aplicables a todos los enfermos, para minimizar el riesgo de la transmisión de cualquier tipo de germen. Es posible controlar las infecciones mediante tres elementos fundamentales: el lavado de manos, los métodos de barrera y recordar que existen para muchas enfermedades vacunación y que el personal de salud tiene la obligación de estar vacunado. El lavado de manos, además de prevenir el contagio del personal de salud, también previene el llevar los gérmenes y contaminar a otros enfermos. Las vacunas, existen para el Hepatitis B, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, Varicela, que evitan la infección. Entre las medidas de aislamiento – que no es aislar al paciente en un cuarto- sino evitar la transmisión de infecciones. Para evitar la transmisión es importante: el lavado de manos, mascarillas, guantes, anteojos y sobre túnicas si hay riesgos de que se produzcan salpicaduras por

materiales biológicos, recipientes rígidos para los desechos –sobre todo agujas, ya que son frecuentes los accidentes- la limpieza, desinfección y esterilización de los equipos que se van a reutilizar y la limpieza, desinfección y esterilización de áreas que van a ser utilizadas por el paciente.

RESISTENCIA DE LOS VIRUS A LOS AGENTES FÍSICO QUÍMICOS

PROF. AGDO. DR. JOSÉ RUSSI:

Vamos a ver la acción de agentes físicos y químicos sobre tres agentes que consideramos importantes en la patología de transmisión al personal de salud. Uno de ellos es el virus del SIDA (HIV) y esto no es simplemente para recordarles el ciclo, sino lo que quiero mostrarles es que es un virus de envoltura lipídica. Es un virus que tiene un núcleo con proteínas, ácido nucleicos y por fuera hay una "cáscara" que está formada por lípidos donde están las lipo proteínas de superficie que son muy importantes para la entrada del virus a la célula y en los mecanismos inmunológicos para contención de la infección. El otro agente que vamos a ver es el virus de la Hepatitis C. Este virus que como ven aquí, pertenece al grupo de los flavi virus, es otro virus con envoltura lipídica. Todos estos elementos son importantes a la hora de considerar la acción de los agentes físicos y químicos. Finalmente el tercer virus es el de la Hepatitis B, que como ven aquí, no tiene un elemento lipídico por fuera y una cascara de antígeno de superficie y por supuesto en su interior, los elementos típicos de este virus (el antígeno de core, etc.)

Tenemos virus con envoltura y sin envoltura y ¿porqué tiene que ver esto con los agentes químicos? Porque la resistencia de los distintos microorganismos –incluyendo los virus y algunos que no sabemos como llamarlos, como son los priones, que no sabemos si llamarlos microorganismo, pero son agentes infecciosos- ven que la resistencia a los desinfectantes va desde los priones, que son los agentes transmisibles más resistentes, capaces de resistir al formol, al hipoclorito de sodio, al autoclave común en las condiciones que los usamos en el medio hospitalario, al calor etc; hasta a los virus envueltos que son los virus más fáciles de destruir. Esto es muy importante recordarlo, cuando queremos desmitificar algunas situaciones de miedo que se generan frente a un material contaminante cuando se derrama en el ámbito hospitalario. Los priones son más resistentes que los esporos bacterianos, aunque hay algunos esporos bacterianos –por suerte no patógenos- de bacterias gram positivas Esporuladas no patógenas, que son tan resistentes como los priones. Luego vienen las microbacterias, los quistes parasitarios, los virus no envueltos –por eso hoy les distinguía los virus envueltos y no envueltos, por ejemplo Hepatitis B son virus más resistentes que los envueltos- luego trofozoitos que forman parásitos, bacterias Gram negativas, hongos, bacterias Gram positivas y finalmente los virus.

Esto entonces nos da una escala de distintos niveles de sensibilidad. Esto tiene que ver con los tiempos de exposición, las concentraciones que vamos a usar en la inactivación estos distintos agentes. Pero además del agente, cuando uno está analizando los

distintos agentes físicos y químicos, hay tres aspectos muy importantes. Primero es el agente, segundo la concentración y en tercer lugar donde está ese agente. Está dentro de una célula y está más protegido, está libre en el plasma y está más fácil de acceder a los desinfectantes o está protegido por proteínas o por componentes cíclicos del plasma.

Me parece importante –a pesar de que esto va cambiando- ver un poco lo que es nuestra realidad; los riesgos a los que nos enfrentamos diariamente. Hicimos estas dos muestras pequeñas de cargas virales para HIV que se hicieron en el departamento de patología clínica del CASMU, tomamos una muestra allá por junio-julio del 98 que mostraba eso. Teníamos una media de 73.000 copias por ml de virus VIH en el plasma –eso es carga viral- un rango entre 40 y 680.000 y un porcentaje menor de 500 copias de 18 %. Ven que hay muchísimas partículas virales circulando y aunque la técnica esta no muestra cuales son infectantes o no, teóricamente hay una relación entre el número de partículas circulantes o ácido nucleico o ribonucleico y las partículas infectantes. Luego vimos una muestra de este año (enero-febrero del 2002) vean que la media ha caído, y esto es básicamente un indicador de cómo han influido los tratamientos. Aquí si bien habían muchos pacientes tratados, eran básicamente con doble terapia, pocos con triple y muchos sin terapia. Hoy la media son 19.600 copias, el rango está entre 40 y 230.000, es decir que ha habido una caída de casi 4 veces y el porcentaje de menor de 500 copias es 58%.

Sin embargo esto no nos tiene que dejar conformes. El riesgo real al cual está sometido el personal de salud aparentemente ha disminuido con relación al VIH, el riesgo se mantiene igual. No podemos pensar que porque los pacientes están en tratamiento nuestro riesgo es menor, sobre todo cuando los consideramos globalmente, que es lo que sucede habitualmente frente a un accidente. A veces se tienen los detalles del paciente involucrado en el accidente y a veces no. Lo mismo hicimos para este análisis, pero ya no con una perspectiva histórica, porque no teníamos este tipo de estudios en los últimos tiempos; esto está hecho en el MSP en el Departamento de Laboratorios, vean las copias de ARN en el plasma del virus de la Hepatitis C y vean la cantidad de virus que hay de Hepatitis C: 3.83.420, que es la media y el rango está entre 1.300.000 y 19.000.000 de partículas.

Es interesante; después les van a dar los porcentajes de transmisión frente a un accidente de HIV, por Hepatitis B y por Hepatitis C. Van a ver que en la Hepatitis C -que uno piensa que tiene poco riesgo y lo tiene del punto de vista estadístico- sin embargo la posibilidad de encontrar partículas en el plasma es muy alta. Aquí si hay una diferencia con el VIH, ya que este está en el plasma y dentro de los linfocitos. En los linfocitos está protegido y en el plasma está más desprotegido. Todavía no tenemos datos de Hepatitis B, porque son técnicas que recién se están poniendo en práctica en nuestro país, pero los estudios hechos en otros países muestran que para Hepatitis B, las copias de ácidos nucleicos van de 400 a 10 a la 9, es decir 1000 millones. Esto es

uno de los elementos que muestran claramente porqué es tan altamente contaminante este virus; porque los niveles son muy altos a lo largo de toda la enfermedad.

Pero hay un punto a considerar muy importante que es el periodo "ventana" como saben todos estos procesos infecciosos (Hepatitis, HIV, etc) se diagnostican serológicamente buscando los anticuerpos, salvo la Hepatitis B que se busca el antígeno de superficie y ahí hay un periodo ventana, entre que no hay ningún marcador y el punto cero de la infección. Si bien no hay anticuerpos, ni antígenos que nos demuestren que esa muestra es positiva, en estas etapas hay una enorme cantidad de partículas circulantes. Esto lo van a tener que tomar en cuenta cuando decidan la profilaxis en algunos individuos que son negativos serológicamente. Esto que es cierto para Hepatitis B y esa ventana se ha cerrado a 10 días con las técnicas de biología molecular. Esto es mucho más dramático para la Hepatitis C, porque con las primeras técnicas que se usaban, los diagnósticos se generaban alrededor de los 150 días de la infección, una segunda generación bajó eso a 80, una tercera generación (que es lo que se está usando habitualmente en los laboratorios en nuestro país) lo bajó a 70 y las técnicas de biología molecular o la búsqueda del antígeno de la hepatitis C, lo bajan a 13 o 14 días. Esto es muy importante saberlo en el manejo de los pacientes generadores de accidentes y de los individuos infectados, porque este período se acompaña de altos niveles de virus circulando y por lo tanto la infectividad es similar.

Con respecto a los aspectos físicos –que no íbamos a entrar- cualquiera de estos agentes se destruyen con el calor sin ningún problema. Ustedes ya no son de las generaciones que se les enseñaba que el virus de la Hepatitis B era extremadamente resistente al calor. Hasta mediados de los 50´ y 60´ todo el mundo tenía terror porque creían que era un virus casi indestructible. Si bien es más estable que el VIH al calor a 98° por un minuto ustedes prácticamente pueden destruir su infectividad en una muestra de plasma con esos niveles altos de virus circulante. El virus VIH, la Hepatitis C en el Autoclave o en el horno Pasteur a 98° o 100° son destruidos fácilmente. Incluso en la atmósfera o en condiciones ambientales, si bien lleva su tiempo para estos virus, estos se van inactivando más o menos rápidamente y prácticamente entre 7 y 15 días en un material que esté en el medio ambiente, el virus es potencialmente no infectante.

Un punto muy importante que tienen que recordar es la dosis infectante. Aquello que les enseñaron en Microbiología en la Facultad, de que no alcanza con tener contacto con un agente infeccioso para infectarse. Necesitan una buena cantidad, una masa, un quantum, si queremos tomar el término del punto de vista físico de poder infectante para que ese individuo se infecte, sino no se infecta aunque tenga contacto con el virus. Así que el calor los destruye y los agentes químicos tienen distinto nivel de actividad contra estos agentes. Tanto el caso de VIH, de Hepatitis B, C, todos ellos se destruyen fácilmente con hipoclorito de sodio, con alcohol, con algunos detergentes aunque los tiempos son mucho más prolongados que en el caso del alcohol, del Yodo, o los fenólicos o el hipoclorito. Cualquiera de estos agentes y otras sustancias son capaces de

eliminar en menos de un minuto gran cantidad de material infeccioso, pero por ejemplo en el caso del Hipoclorito, este es inestable. Hay que prepararlo en forma fresca, mantenerlo en condiciones adecuadas, dejarlo actuar un tiempo adecuado y saber que las proteínas séricas intervienen con el hipoclorito. Con el alcohol esto no se da, pero todos estos son elementos a considerar para la inactivación de microorganismos, principalmente virus y bacterias. Lo importante es que no hay dificultades para eliminar estos agentes de superficies o lugares contaminados, cuando por supuesto, no hay otros elementos que queramos proteger. Si tenemos una muestra y queremos conseguir tener una albúmina, es difícil que la podamos descontaminar sin destruirla.

HEPATITIS B Y C

DRA. JULIA GALZERANO:

Vamos a empezar con el virus de la Hepatitis B, que es el primero que conocemos y que como dijo el Dr. José Russi es un Hepadnavirus, es decir que tiene un genoma de ADN y tropismo hacia los hepatocitos. El periodo de ventana va de 30 a 180 días.

¿Cuáles son las vías de transmisión?

La transmisión vertical o peri natal que llega hasta un 70%, la transmisión sexual que el porcentaje exacto no lo sabemos, pero sí sabemos que se transmite. La transmisión horizontal, es decir la transmisión en la casa, en el medio familiar, por eso es que cuando hay un paciente que tiene una Hepatitis B activa, nosotros recomendamos que

se vacune a todos los miembros del núcleo familiar. Si alguien tiene un accidente con un paciente VIH el porcentaje de contagio es del 40%, de ahí la importancia de la profilaxis en el personal de salud. En los adictos el porcentaje es de 70% en las transfusiones, se supondría que salvo que estén en el periodo ventana, no tendría que haber. Tatuajes y acupuntura, ahí pusimos un signo de interrogación porque depende de las técnicas. Insistimos que los que se quieren hacer tatuajes tienen que exigir el uso de material estéril y lo que se refiere a la acupuntura, que tengan sus propias agujas.

¿Cuál es la incidencia de este virus?

En el Uruguay es un país de baja incidencia, menos de un 2%. En los donantes del 0.5% en bancos de sangre. Hemos hecho un trabajo en el que comparamos el banco de sangre y el CASMU y teníamos los mismos porcentajes. En el caso de VIH positivos, en un muestreo en pacientes del CASMU y el instituto, llegaba a un 15% la coinfección.

¿Cuál es la profilaxis en este tipo de Hepatitis?

El uso del preservativo, la detección precoz de embarazadas portadoras de Hepatitis B con antígenos, esto se hace obligatorio en el país desde 1995. Nos sirve para que al recién nacido le podamos dar la primera dosis de la vacuna, pero además la Gamma globulina Hiperimmune para Hepatitis B que va a ser lo que lo va a proteger. En el personal de salud es la protección mediante medidas universales y la vacuna, que ya hablamos con la Dra. Braselli.

¿Qué pasa si el personal de salud tiene un accidente con un paciente con Hepatitis B?

Si el personal expuesto no está vacunado o tiene el esquema incompleto, si el agente tiene un antígeno Australia positivo, tendríamos que darle la Gamma globulina Hiperimmune e iniciar la primera dosis de la vacuna anti Hepatitis B. En este caso el ritmo de la vacuna es más rápido que habitualmente. Si la fuente con la que el personal expuesto es antígeno Australia negativo -es decir tiene el control negativo- entonces vamos a iniciar o completar la vacunación anti Hepatitis B. ¿Qué es lo que no hacemos? La Gamma globulina Hiperimmune, no está justificado.

Si la fuente es desconocida hay que darle Gamma globulina Hiperimmune e iniciar o completar la vacunación anti Hepatitis B. Esto puede estar un poco discutido, porque si pensamos prácticamente, que si esa fuente desconocida tiene factores de riesgo para Hepatitis B, tendríamos que darle la Gamma globulina Hiperimmune, de cualquier manera nos parece que habría que recomendar esto. Si el personal expuesto tiene la vacuna con un esquema completo-es decir que se dio las tres dosis- no hay que hacer ningún tratamiento, independiente de cómo sea la fuente; es decir que ya está cubierto.

¿Qué es la vacuna de la Hepatitis B y cómo funciona?

Es una vacuna por recombinación genética. Las dosis se dan hoy, al mes y a los seis meses, salvo si se tuviera un accidente con un paciente y no se estuviera vacunado, entonces la tercera dosis sería al segundo mes. Eso es lo que sería una inmunización

más rápido. Actualmente está incluida en el esquema de vacunación de los niños desde el año 1999, entra en lo que llamamos la "pentavalente" que tiene el Tétanos, la Difteria, Pertusis, la Hepatitis B y me falta una...

Está en discusión la re vacunación ¿Qué quiere decir esto? ¿Nos cubre de por vida la vacuna? No. No nos cubre de por vida. Antes se decía que cubría 5 años, ahora se dice que hay que ver. En base a los estudios que se han hecho, se ve que aunque los anticuerpos no se demuestren que estén, siguen estando. Este es un tema que se sigue investigando y en la última campaña del MSP, planteaban que si el personal de salud estaba vacunado, no se lo re vacunara y que no se buscaran anticuerpos tampoco, por las defensas que genera el organismo con la vacuna de la Hepatitis B. Por eso el MSP ofreció esta vacuna al personal de salud en 1997 y en el 2001. Nosotros revisando un poco, vemos que el personal empezó a vacunarse más intensamente en la primera dosis, la segunda fue menos intensa y en la tercera se vacunaron menos del 30% de los que habían iniciado la vacuna. Esto quiere decir que no todos se vacunaron y que muchos tampoco completaron la vacunación.

En el personal de salud tenemos algunas características, no todos estamos convencidos, tenemos miedo a los efectos colaterales y además nos olvidamos de nuestra propia salud. A pesar de que cuando hay un accidente todo el mundo se asusta y corre. La gente se asusta mucho cuando se accidenta con un paciente HIV, pero no pregunta si tiene Hepatitis B, que es el porcentaje de transmisión más alto.

¿Cuáles son las reacciones adversas de esta vacuna?

Pueden ser locales y transitorias. Calor y enrojecimiento se ven de un 3% a un 5% . Las reacciones generales son de incidencia baja y se resuelven espontáneamente. La vacuna es efectiva en un 96%, se dice que un 4% no genera anticuerpos. Estamos hablando de individuos inmuno competentes.

¿Cuáles son las contraindicaciones de la vacuna y a quienes no se la recomendaríamos?

A alguien tenga una reacción negativa a algunos componentes de la vacuna. Que tenga en ese momento una infección, con fiebre elevada. No darla a los recién nacidos que tengan menos de 2 kilos hasta que alcancen un peso mayor.

Pasaríamos a hablar del virus de la Hepatitis C que el Dr. Russi les había hablado algo de las características. Es un RNA virus, de la familia de los Flavi virus, que tiene gran variabilidad en su génesis, esto quiere decir que tenemos vario genotipos. En Uruguay fundamentalmente vemos el uno, el dos y el tres. Se empezó a diagnosticar por técnicas de biología molecular desde 1989. El tamizaje es obligatoria en los bancos de sangre desde 1995 pero que en el CASMU se empezó a hacer en 1993.

¿Cuáles son las vías de transmisión del virus de la Hepatitis C?

La vía parenteral se ve en el 85% de los transfundidos, también 85% en los adictos intravenosos, la vía sexual puede llegar hasta el 6%, pero esto está discutido. La OMS dice que aunque uno de la pareja tenga el virus se puede no usar preservativo. La transmisión vertical se ve en un 5 o 6% en madres con el virus y por la leche no pasa por lo que no debe suspenderse el amamantamiento. Las probabilidades en el personal de salud de adquirir el virus es de un 5%. Las vías de transmisión adquiridas en las comunidades conocidas es de un 25% a un 30%, muchos dicen que esto es porque no se buscó bien en vías parenterales que fueron desconocidas o pasaron inadvertidas.

¿Cuál es la prevalencia en Uruguay?

No está bien estudiada, tenemos datos mundiales de la Sociedad de Gastroenterología que hablan de menos de un 2%. En los bancos de sangre se ve un 0.5%, en los hemofílicos. Esto aumenta a un 90% por las transfusiones y en los insuficientes renales en diálisis es de 14%.

¿Cómo se diagnostica?

El test E.L.I.S.A. sirve para screening, que es lo que hacen en los bancos de sangre, el confirmatorio Riba Liatec para determinar viremia al PCR y se hace la genotipificación y la carga viral si se va a tratar al paciente.

¿Cuál es la evolución del virus de la Hepatitis C?

El 20% va a la curación espontánea. En mujeres eso pasa a un 40%. El 80% va a la evolución crónica y de estos hay un 20 o 30% que pasa a la cirrosis y un 1% a 4% que puede desarrollar un hepato carcinoma.

¿Cuál es la profilaxis para la Hepatitis C?

No hay vacuna todavía para este virus debido a su gran variabilidad genética. Por lo tanto lo que tenemos que preconizar son las medidas de precaución universales y combatir las conductas de riesgo.

VIH

Dr. Aníbal Dutra:

Primero que todo quiero decir que la infección VIH es, en líneas generales, una infección nueva, conocida desde el año 1981 y desde entonces ha adquirido las características de una pandemia. No tiene pruebas de curación, puede y debe ser controlada por tratamiento. La terapia anti retro viral es altamente efectiva y mejora la cantidad y calidad de vida, pero es una enfermedad que indefectiblemente conduce a la muerte y que debe y puede ser evitada con medidas de profilaxis. El conocimiento de la patogénesis ha podido avanzar, sobre todo en el eventual desarrollo de vacunas y en el aspecto que desarrollamos hoy, que sería la eventualidad de la indicación de los anti retro virales, en la posibilidad de un accidente ocupacional del personal de salud. También se ha avanzado en medir la carga viral, hay nuevas drogas que permiten

nuevas estrategias terapéuticas. La indicación de profilaxis de enfermedades oportunistas y neoplasias oportunistas, que también contribuyen a mejorar la cantidad y calidad de vida. También las medidas para disminuir la transmisión vertical, sobre todo el avance de los retro virales, en lo que sería la transmisión materno fetal y en lo que nos ocupa hoy, que es la pos exposición ocupacional.

Es un retro virus de la familia de los Lentivirus -como decía el Dr.Russi- es un virus con un core denso, donde se pueden reconocer las partículas de RNA y unidas a él las proteínas p24, p7, p17 y una membrana lipídica importante que lo envuelve, donde están las proteínas de unión y también antígenos distocompatibilidad como elementos de adhesión.

¿Cómo es el diagnóstico de la infección VIH?

Lo que solicitamos habitualmente, es la determinación de anticuerpos por la técnica E.L.I.S.A. Eso sería a todas las solicitudes de VIH y en los bancos de sangre a los donantes de sangre y de órganos. Las técnicas de inmuno fluorescencia y Wester Blott se usan fundamentalmente cuando surge un E.L.I.S.A. positivo, como elemento de confirmación. La determinación de los antígenos virales, sobre todo antígeno p24 por técnica inmuno enzimática, se hace particularmente en algunas situaciones, como puede ser el recién nacido de una madre potencialmente infectada o infectada y en algunas dudas de cuadros compatibles con primo-infección. De esta investigación como otra técnica de diagnóstico por técnica de PCR, lo que nos debe quedar claro, es la

determinación cuantitativa, que es lo que más van a escuchar. No es de importancia tanto lo cualitativo, sino lo cuantitativo, que son sobre todo la solicitud como elemento de control en el tratamiento y los cultivos virales. Una mención solamente porque no son de uso en la práctica clínica habitual, sólo se usan con criterio de investigación.

¿Cuáles son los riesgos?

El riesgo de un accidente ocupacional depende del tipo de accidente, pero como líneas generales es un 0.3% cuando es un accidente percutáneo, que son los de mayores riesgos y un 0.09% cuando es solamente un contacto con mucosas.

¿Cuáles son los líquidos potencialmente contaminantes?

Hay que recordar que sangre, semen, secreciones vaginales y fluidos, todos aquellos que tengan sangre, que son los de mayor riesgo. Los que no tienen riesgos son: saliva, sudor, lagrimas y vómitos. En una parte intermedia están los líquidos cerosos, líquido amniótico y el líquido cefalorraquídeo

¿Cuál es el personal que está expuesto eventualmente?

Esto está ordenado por frecuencia. El personal de enfermería es el que está más expuesto. Después el de lavandería, el personal de laboratorio y finalmente el personal médico que es el menos expuesto.

El riesgo en general de adquirir un VIH en un accidente laboral es escaso. Hay que recordar que mundialmente están reportados 98 casos hasta la fecha y que esos casos pueden dividirse en los reportados al CDC hasta fin del año 2001 56 casos y en la Unión Europea 28 casos. Estos son cero conversiones documentadas. En Uruguay lamentablemente tenemos un caso de una enfermera con un paciente VIH en un estadio avanzado. Hay que recordar que 194, no fueron confirmados porque los estudios previos o posteriores no pudieron determinar si realmente era el accidente, el que había determinado la cero conversión.

Esos accidentes (94) vemos que estaban vinculados a sangre (98% aprox.) y muestras de laboratorio que evidentemente contenían fluidos contaminantes y con muy poca frecuencia los fluidos con sangre o un fluido desconocido en un caso.

Hay que determinar que es lo que acontece cuando nos encontramos con un accidente laboral. Lo primero a determinar es cuál es el tipo de accidente. Si es un pinchazo, un corte, una laceración, si fue un contacto sólo con mucosas o si fue un contacto con una piel intacta o no. Una vez que determinamos el tipo debemos seguir una secuencia. Es decir, el sitio en el que se realizó esta exposición. El calibre de la aguja -cuando es un pinchazo- el mecanismo por el cual fue el accidente, la profundidad, si hubo o no sangrado espontáneo y si se puede o no evaluar el volumen inoculado.

Si después de producido el accidente y realizada la valoración antedicha y consideramos que este accidente debe recibir antivirales, debemos repasar algunos aspectos. La indicación de antivirales está fundamentada, pero no potenciada por algunos aspectos. Primero recordar que cuando se produce un accidente, entra en juego la patogenia de la infección por VIH. Una vez que tenemos el contacto con el virus, rápidamente se produce un replicación viral en el sitio de la inoculación. A las 48 o 72 horas se produce la diseminación al sistema lingo reticular y a los 5 días ese virus llegaría a la sangre.

¿Cuál es el fundamento?

Es que una vez que se produce esta cosa teórica es difícil avanzar en estudios, porque – como verán más adelante- los accidentes laborales llegan tarde, realizar esta evaluación es difícil. Sí se ha podido demostrar, que la concentración alta, luego de la iniciación de antivirales, estaría directamente involucrada en inhibir la replicación viral que podría producir la cero conversión. Eso sería uno de los elementos, es decir la patogenia propia que sigue la infección pos accidente en el lugar. Segundo lo poco que hay de la experiencia con animales y que reporta que no cobraría demasiada fuerza y también la experiencia con accidentes laborales en humanos, que es la que quizás leyendo, nos dice que los antivirales no tienen prácticamente indicación. La cuarta y última, es que, asociado y en una comparación con lo que sería la disminución del riesgo en la transmisión vertical, fundamentaría para que una concentración alta pudiera actuar en la replicación viral, sea en el sitio o sea en el orden linfático para disminuir esa potencial replicación.

Una vez que consideramos que los antivirales están indicados, recordar que la cibobudina que es el más viejo de los antivirales, conocido del año 1988, demostró ser el más efectivo en disminuir la transmisión. Se trata de no dar sólo, ya que aumentaría la potencia que mejoraría la eficacia si hay cepas resistentes y que sobre todo si la exposición fue de alto riesgo

¿Qué es lo que vamos a usar?

La combinación de dos inhibidores nucleotidos de la transcriptasa reversa que son cibobudina más lamibudina o 3TC asociado a un inhibidor de proteasa que puede ser Indinavir o Nelfinavir. Esto debemos seguirlo durante 4 semanas.

PROF. AGDO. DRA NELLY PIAZZA:

Ahora vamos a conocer que es lo que está sucediendo en nuestro país en las instituciones Publicas y luego en las instituciones Privadas. Le pedimos al Dr. Mirazzo y la Dra. Mansilla que nos muestren algo de su experiencia en el SEIC, donde se realizan gran número de consultas que provienen de instituciones Públicas fundamentalmente, pero también por la controversia del tema muchos privados consultan.

EXPERIENCIA EN LA ACTIVIDAD PÚBLICA S.E.I.C

DR. IGNACIO MIRAZZO:

Vamos a hacer un marco referencial vinculando al SEIC junto con la Cátedra de Enfermedades Contagiosas, trabajando conjuntamente en la asistencia de pacientes infecciosos en general y de VIH en particular. Dado que a partir de 1987, el SEIC se ha convertido en el centro de referencia nacional para la infección VIH, donde se establece el diagnóstico, la valoración, seguimiento y tratamiento de los pacientes positivos. Al mismo tiempo, desde el año 2000, opera un comité de protocolo de tratamiento para los pacientes positivos como forma de "auditar" los tratamientos antirretrovirales en pacientes que así lo requieran. Al mismo tiempo desde el año 2001, el SEIC por disposición del MSP, se ha convertido en el administrador y el que de alguna manera suministra toda la medicación retro viral, para los pacientes provenientes del ámbito de Salud Pública en todo el país.

En el tema que nos convoca de los accidentes laborales, el SEIC se ha convertido en un centro de referencia para accidentes laborales, particularmente para infecciones VIH dada la experiencia que se ha obtenido en el manejo de este tipo de pacientes, por parte de nuestros colegas. Esto se realiza en forma de asesoría de tipo técnica y también muchas veces la asistencia directa, aportando la quimioprofilaxis en aquellos pacientes que así lo requiriesen para infección por VIH.

Con respecto a los accidentes laborales hay que hacer algunas referencias. En primer lugar la valoración del accidente, la quimioprofilaxis y el seguimiento del accidentado y de la fuente y quiero hacer referencia al marco legal. En algunos aspectos hay una ausencia de marco jurídico legal en la asistencia de posibles accidentados y particularmente a los accidentes laborales ocurridos en estudiantes, para los que no hay un marco jurídico adecuado que contemple la asistencia y el tratamiento. De hecho en la práctica, nos hemos convertido nosotros en los seguidores de la valoración de ese paciente y del tratamiento eventual. Afortunadamente, a finales del año pasado, junto con la División Universitaria de la Salud, estamos buscando una alternativa donde podamos aportar una asesoría técnica y eventualmente en algún caso particular también el tratamiento médico, a partir del advenimiento del test rápido de diagnóstico en el lugar. Que es donde debe hacerse la primera evaluación y la más importante, para hacer el primer tratamiento de quimioprofilaxis, hasta determinar si la fuente es realmente contaminante o no.

Yo me voy a referir en particular al aspecto primero, que es la evaluación del accidente. Recalcando un poco lo que decía el Dr. Dutra, hay factores del accidente en sí mismo a ser considerados, haciendo especial hincapié en que la valoración del accidente debe ser in situ. Esto es de tremenda importancia, ya que un tratamiento quimio profiláctico puede ser efectivo particularmente dentro de las primeras 6 horas de ocurrido.

Hay que considerar factores dependientes del accidente en sí mismo, como ser el tiempo transcurrido entre el hecho y la consulta, el tipo de exposición –si esta es percutánea, cutánea o mucosa, por ese orden de gravedad. El procedimiento determinante del accidente, ya que no es lo mismo una salpicadura en piel intacta que un accidente de tipo corto-punzante. Asimismo hay que considerar el material causante del accidente. No es lo mismo una aguja curva con contenido sanguíneo que una aguja maciza que es un pequeño escalpe en la piel. La severidad de la exposición por la misma razón, la naturaleza de la exposición y el tiempo de exposición.

En segundo lugar, factores dependientes de la fuente de la transmisión y aquí hay que hacer referencia a la prevalencia de determinadas infecciones de la población en general y aquellos pertenecientes al grupo de riesgo que hacia referencia la Dra. Galzerano con respecto a pacientes adictos a drogas intravenosas, pacientes hemofílicos, politransfundidos o pacientes con inmuno depresión de otra índole. Hay que considerar también la naturaleza del fluido biológico responsable y como vimos antes la importancia de la sangre (y el semen) sobre todos los demás. La entidad del inóculo, la concentración del agente, el grado de transmisividad del agente y el status serológico de la fuente. Sí es VIH positivo, saber el estado evolutivo de la infección, dado que uno puede presumir que es mayor, sin tener la concentración del agente, por no poder contar con una carga viral en el momento. En pacientes más avanzados la infección va a ser mayor y por tanto el grado de transmisividad será también mayor.

En tercer lugar, factores dependientes del propio personal de salud expuesta. La existencia de "medidas barrera", particularmente la limpieza de manos y uso de guantes. Las tablas orgánicas previas en el personal de salud expuesto que puede acondicionar de alguna forma la posibilidad de facilitar este tipo de afecciones (es decir, pacientes con cuadros de inmuno depresión y otras enfermedades crónicas) Las profilaxis previas y esto es específicamente referido a la quimioprofilaxis contra la Hepatitis B.

En cuanto a la casuística de los accidentes, tomando los años, 1999, 2000, 2001, se hace clara referencia, que entre 21 y 30 años, es el mayor número de accidentes. Es notoriamente personal de 21 a 30 años y en particular personal femenino en una relación de 3 y 1/2 a uno. En cuanto a la distribución del personal afectado, en el año 1999 más del 50% afectado era personal de enfermería, el resto médicos y odontólogos. Y menos afectados otros componentes de personal no siempre relacionados a la salud. En el año 2000 disminuye notoriamente la proporción de enfermería aumentando la proporción de médicos y fundamentalmente los pacientes odontológicos. La cercanía geográfica de la Facultad de Odontología y el hecho de haber logrado una suerte de convenio para que la consulta se hiciera mucho más rápidamente y eventualmente ser tratado, facilitó el hecho de que muchos más pacientes odontólogos y estudiantes se hicieran presentes en la consulta. Esto no

significa necesariamente que sean muchos más los odontólogos que los médicos; hablamos de los que consultan el servicio en estos años, no de los infectados.

El tipo de exposición ha sido desconocido tal vez por una falla en la información, que ha llegado en el año 99 a casi un 10%, pero que ha descendido a un 5% actualmente. En cualquiera de los 3 años el material punzante ha sido el de notorio mayor porcentaje, las salpicaduras en mucho menor grado, el material cortante es también poco relevante, así como el material corto contuso. Estos últimos tres no llegan ni siquiera a un tercio de los casos.

En cuanto a la entidad del accidente, también hay que hacer algunas referencias. En algunos casos, que también han disminuido en los últimos años, se ha desconocido – quizás por falta de información- la entidad del accidente. Los catalogados como entidad dudosa o definida, han sido definitivamente los mayores. Los masivos, que no deberían estar incluidos aquí, porque cuando se habla de una exposición masiva, se está hablando de una transfusión o de un accidente con un VIH con sangrado, probablemente hayan sido catalogados "masivos" un poco por falta de información y otro poco por falta de conocimiento. Ya que hemos ido aprendiendo en estos últimos años y tanto es así que en el año 2001 no hay ningún accidente masivo reportado.

La procedencia de los infectados, provenientes de hospitales del MSP y la Universidad de la República en estos tres años, son del 50%. Las instituciones medicas colectivas,

tienen algunos casos en el 99, poco en el 2000 y casi han desaparecido en el 2001. En Odontología -por lo que hacíamos referencia- se mantienen alrededor del 20% o 22% y en el SEIC, es decir con personal nuestro, es de un 4% en todos los años.

DRA. MARIELA MANSILLA:

Cuando llegamos a la situación de una consulta de personal de salud que ha sido expuesto accidentalmente a líquidos potencialmente contaminantes, es porque han fallado las situaciones anteriores. En esto queremos ser lo suficientemente contundentes porque nosotros tenemos que tener incorporado la forma segura de trabajar. Nosotros tenemos que cumplir con las precauciones estándar para trabajar seguros y cumplir nuestra tarea en forma correcta. La utilización de los "métodos de barrera" no se cuestiona y no puede ser diferida porque no haya guantes. Si nosotros estamos en un ambiente de salud, en un hospital o una policlínica, tenemos que tener guantes. No podemos trabajar sin guantes. El lavado de manos es inexcusable que no se realice entre paciente y paciente. Los cuidados en la manipulación de los elementos corto punzantes y sobre todo el proceso de descarte de los mismos, también debe ser cumplido. Entonces cuando nos fallan estos tres es cuando llegamos a la situación y es donde les voy a contar lo que hacemos en el hospital. Que no hay demasiado misterio, pero a lo largo de los años hemos ido aprendiendo, todos los médicos de guardia, a manejarnos con estas situaciones, como si fueran un paciente especial porque además son compañeros de trabajo.

Entonces, lo primero que nosotros tenemos que hacer, es definir –como ya se dijo- que tipo de exposición hubo, para establecer la categoría de riesgo de la exposición. Tenemos que estar frente al personal accidentado y estipular el material que lo causó. Si es una aguja, una hoja de bisturí, un frasco que se rompió, si es una muestra de sangre o si es una aguja que había en el descartex que no sabemos de quién es. El siguiente paso es saber cómo fue el accidente; si se pinchó, si se inoculó al apretar el émbolo de la jeringa, si la bolsa de transfusión se soltó y nos salpicó los ojos, si teníamos los lentes, si el trocar quedó entre los residuos mientras hacíamos la vía venosa central. Y por último saber qué es el paciente con el cual nosotros nos expusimos a sus líquidos corporales. Este es un punto difícil, porque no siempre es accesible y no podemos decidir que hacer, sí no sabemos cual es el estado serológico. Nosotros tenemos que partir de la base de poder analizar que pasó con esa fuente para poder establecer cual es el riesgo que el accidentado tiene en ese momento.

En nuestro país existen normas de Bio seguridad desde el año 98 que las realizó el MSP y que establecen cuatro categorías de riesgo. La categoría I que es la masiva y que es muy concreta en su definición: "es cuando ocurre inoculación de sangre y/o fluidos contaminados de más de 1m; la trasfusión de sangre o derivados contaminados, la exposición parenteral a material de laboratorio, sobre todo en el laboratorio donde se procesan muestras de VIH o laboratorios de investigación". Esa es la categoría I, que es la masiva y realmente –como vimos en las cifras del Dr.Mirazzo- son los accidente por

los que menos nos consultan, porque los propios lugares donde ocurren este tipo de exposición tienen sus propias normas y lo solucionan en el lugar del accidente. Ese es el otro aspecto. No hay que perder el tiempo en llegar al SEIC para decidir que hacer con el accidentado. No lo puede evaluar el propio compañero de trabajo, pero lo tienen que evaluar en el propio lugar de trabajo donde ocurre el accidente. La idea es que en todos los lugares –los hospitales de Salud Pública, los servicios- donde pueda ocurrir una exposición de este tipo, exista alguien que pueda evaluar el accidente y tomar alguna medida. Ya sea derivarlo para consulta o decidir ahí mismo que ocurre.

La segunda categoría, que se llama definida, es cuando ocurre contacto de sangre y/o fluidos contaminados con una herida que sangra. Por ejemplo piel lesionada espontáneamente. Con respecto a la piel lesionada del personal de salud, hay que ser bien claros, la persona responsable del auxiliar de enfermería con lesiones cutáneas, debe tener claro, si suspende de la tarea al trabajador o no. No sé pueden estar haciendo maniobras invasivas, si el personal de salud tiene la posibilidad de salpicarse las heridas que tiene. El otro tipo de lesión frecuente, es la lesión corto punzante, causada por material contaminado por sangre o fluidos probablemente contaminados.

La tercera categoría es la probable. Esta es la más difícil para nosotros de evaluar. Son las heridas superficiales que pueden producirse sin un sangrado evidente, pero que pueden haber sido ocasionadas por material probablemente contaminado. Y finalmente la exposición mucosa a sangre o fluidos contaminados. Vimos que el riesgo de

contaminación mucosa era más bajo que la percutánea por eso está incluido en la "probable".

Por último, la dudosa, que es cuando ocurre un pinchazo superficial sin sangrado, el caso más típico es el de las agujas de gasometría. Con aguja sólida o de pequeño calibre o el contacto de sangre con piel sangre. En general en esta no hay que hacer quimioprofilaxis, que es el siguiente paso después que evaluamos el accidente.

Ahora vamos a ver un cuadro que estaría bueno que se aplicara siempre. Así sería todo más fácil, pero la realidad es otra. Cuando la serología de la fuente –ya sabemos serológicamente el estado de la fuente- que a menos que sea un paciente de nuestro servicio y que es VIH positivo, realmente nunca ocurre. Es probable que ahora con la disponibilidad de tests rápidos, podamos en el momento del accidente hacer diagnóstico serológico respecto al VIH, pero no vamos a saber el de virus B, ni el de virus C tampoco (Así que es bastante improbable usar esta clasificación) Si la serología es negativa, cualquiera sea la categoría de riesgo, no va a ver profilaxis, quimioprofilaxis pos exposición que era "la masiva" y "la definida" y se desconoce la serología, puede iniciarse un régimen básico que es con dos drogas. Son dos inhibidores de la Transcriptasa Reversa, que como dijo el Dr. Dutra son Cibobudina y Lamibudina. Para las categorías probable, masiva y definida, con una serología reactiva, se aplica el plan máxima que incluye dos inhibidores de la Transcriptasa Reversa, más un inhibidor de Proteasa.

Esto es un esquema, pero en general las consultas y ustedes tendrán muchas para hacernos, no entran en este cuadro. Habíamos dicho que la quimioprofilaxis pos exposición es durante 4 semanas. Pero hay otra variable: si conocemos la fuente, si sabemos que el paciente tiene una serología reactiva para VIH, quizá también podamos saber si estaba en tratamiento o no y ahí se nos complica la historia. Porque ahí tenemos que inferir si ese paciente con la medicación antiviral que estaba recibiendo, controla su carga viral, tiene mucho virus circulante, poco, es mas contaminante o transmisor que otro. Hay que aguzar el ingenio, sentarse a conversar con el accidentado, demostrar tranquilidad y empezar a razonar. Entonces tratar de usar una combinación de drogas, siguiendo el esquema básico, que quizás nuestro paciente fuente no haya recibido, pero el ahora paciente accidentado deberá recibir como quimioprofilaxis. Esto que insistimos con la quimioprofilaxis, es con todos los reparos que el Dr. Dutra expuso al principio. Es una quimioprofilaxis para disminuir el riesgo, no impide la transmisión y de hecho en el mundo hay noción de fracaso con el uso de drogas antirretrovirales. Por lo tanto volvemos al principio: más vale que la exposición no ocurra y cumplamos con las precauciones estándar.

En cuanto a que se hace con la zona que se expuso al líquido biológico contaminado, el lavado de la piel es con agua y jabón, segundo el lavado de mucosas o de la mucosa conjuntival, con agua o suero y nunca usar anti sépticos cáusticos. Luego hay que sacar una muestra de serología para VIH a la fuente del accidente, sí esta está disponible y al

personal accidentado en el momento del accidente, a las 6 semanas, a los 3 y 6 meses de ocurrido. Utilizamos otras técnicas de diagnóstico como la PCR que muchos de ustedes deben haber oído nombrar, sólo si ocurren síntomas compatibles con una cero conversión o una infección aguda por VIH. No es necesario hacer PCR a toda exposición con sangre o líquidos contaminados con VIH. Un aspecto importante es la práctica de la consejería. Lo que pasa es que el compañero se da cuenta de la forma riesgosa en la que ha trabajado y como nunca había pensado que eso podía ocurrirle. Es ahí que él mismo se puede convertir en un promotor de esas precauciones estándar. Se recomienda el uso de preservativo durante el seguimiento, se le recomienda evitar el embarazo o interrumpir la lactancia. A veces se ha recurrido al apoyo psicológico porque esto genera una situación de angustia intensa. Se recomienda monitorear la toxicidad medicamentosa, si resolvemos realizar una quimioprofilaxis pos exposición para VIH.

EXPERIENCIA EN LA ACTIVIDAD PRIVADA B.S.E.

PROF. DR. HUGO BIELLI:

La mayoría de las pautas ya han sido dichas por los expositores anteriores, pero quiero destacar es muy importante el hecho de individualizar los casos.

El accidente laboral es la exposición cutáneo, mucosa, parenteral, sangre o fluidos contaminados siendo la fuente un paciente VIH positivo conocido o con alto riesgo de serlo. Primeras complicaciones; VIH conocido, son pocos los accidentes en los que alguien viene y dice: "yo me pinché con la sangre de un sujeto que era VIH positivo". La

mayoría de los casos se pinchan, pero no saben de quién es. Con respecto a la parte de la definición "o con alto riesgo de serlo" hemos aprendido en los últimos años que la sospecha clínica vale poco. Hace pocos días una enfermera se había pinchado con un señor de 70 años, diabético que recién llegaba al hospital, por lo que pensamos que tenía poco riesgo de ser VIH. El médico había empezado el tratamiento de profilaxis con la accidentada en la mañana y en la tarde se obtuvo el VIH del enfermo que era positivo contra todas nuestras presuposiciones.

De manera que el accidente tiene forma de ser prevenido debe ser prevenido y ahí la sospecha clínica vale poco. En cuanto a los fluidos contaminantes ya se han dicho en exposiciones anteriores, pero me gustaría destacar que la orina, lagrimas y heces son no contaminantes hablando de VIH, pero no para otras enfermedades. Las 4 categorías ya fueron nombradas por la Dra. Mansilla, pero es bueno aclarar algunos puntos. Tienen indicación de tratamiento farmacológico los accidentes por exposición laboral las categorías "definida" y "masiva". Esto es lo que fija el BSE y como siempre la categoría "probable" es la que genera discusión y frente a una "probable" la tratamos igual.

Cuando acepté venir a exponer sobre los accidentes laborales decidí buscar datos estadísticos en el BSE, para aportar en esta charla, pero me encontré que no existen datos estadísticos de ningún tipo. No existe un archivista médico y no se pueden sacar datos de incidencias de enfermedades, ni de ningún accidente laboral. Obtuve algunos datos manuales directamente de una empleada administrativa que mientras estuvo con

nosotros, tuvo el entusiasmo de anotar todo. En el año 2000 hubo 922 personas que consultaron por accidentes de este tipo. Unos 77 de promedio por mes. En el año 2001 hubo 115 tratados, que requirieron iniciar un tratamiento preventivo porque estaban dentro de las categorías antes dichas.

¿Quiénes consultan?

Consultan generalmente funcionarios de la salud de las mutualistas todas, funcionarios de la salud del BPS o Asignaciones Familiares, funcionarios de limpieza de los lugares insólitos, desde hospitales hasta limpieza de la calle que se pinchan con agujas abandonadas y que son bastante los que consultan, pero no los tengo discriminados.

Quiero destacar que los funcionarios del MSP, ministerio que debería cuidar de la salud de la población, no están asegurados en el BSE. Esto es especialmente grave, no en estas enfermedades, que los atienden muy bien en el Instituto de Higiene, pero si un funcionario de la salud tiene una fractura de una vértebra y queda parapléjico, va a quedar con su jubilación, pero no va a tener ninguna indemnización del BSE. A pesar de que tanto el MSP como el BSE son del Estado. Solamente están asegurados estos funcionarios que entraron por un artículo que ahora no recuerdo y que tienen empresas unipersonales, que cobran más, pero también no les pagan cuando se enferman o se les muere el padre y no van a trabajar. Se les puede echar fácilmente y es por esto que están asegurados. Pero los enfermeros y médicos que sólo trabajan allí no están asegurados.

Queremos hacer notar que los accidentes producidos por los materiales corto punzantes que contengan sangre seca o material abandonado, no tienen indicación de tratamiento. Así que todo este personal de limpieza que se pincharon en la playa; esos no tienen indicación de tratamiento. Sí se les hacen todos los controles serológicos. Cuando llega un paciente se le atiende de inmediato a cualquier hora del día o de la noche que llegue, se le saca sangre en la emergencia para determinación del VIH o de Hepatitis C o B. El caso fuente debería ser estudiado en el lugar de origen. Esto tiene sus inconvenientes, porque como no sabemos la serología del caso fuente, tenemos que empezar el tratamiento, y a veces esto demora en la mutualista unas 48 o 72 horas. Hay la propuesta de que el accidentado traiga la sangre del paciente en el propio BSE que le daría el resultado en pocas horas (dos horas) y ahí se determinaría si hay que tratarlo o no, según sea positivo o negativo. Esto no ha sido instrumentado y puede tener sus dificultades porque hay que conseguir la sangre del paciente, traerla en buenas condiciones, acceder al caso fuente, que se le saque sangre y a veces puede ser un paciente de emergencia que después se va. Eso tiene sus inconvenientes.

Se toma la muestra de sangre y si estamos dentro de las categorías "definida" o "masiva" y en algunos casos de la categoría "probable", se comienza un tratamiento entre las dos horas y las seis horas, pero el BSE admite un tratamiento entre las 24 y las 48 horas. Esto rara vez lo hacemos. Lo habitual es que si lleva 48 y el paciente no es muy claro que sea HIV positivo, no le empezamos el tratamiento, porque –en eso he ido

cambiando- el tratamiento era muy mal tolerado. Últimamente, no sé si la combinación de drogas que estamos usando ahora es mejor tolerada y uno es más proclive a incentivar el tratamiento. Pero hay detalles del tratamiento que importan. Ustedes Hablaban del tratamiento psicológico de la persona que viene a consultar. Esto es fundamental, porque la persona está tan asustada que vomita hasta una novemina, entonces hay que decirle que en el mundo entero el riesgo es poco y hay sólo 98 casos comprobados y en Uruguay hay sólo uno. Este caso en que se accidentó con un paciente VIH positivo con una punción bastante importante, se dio antes de que todas estas reglas estuvieran. A este paciente cuando se le detectó que su serología había virado habían pasado meses de ocurrido el hecho y no se le había hecho un tratamiento profiláctico, ni se le había hecho un seguimiento estricto. Nosotros no podemos estar totalmente seguros de que fue un caso laboral. En principio sí, pero no hubo todo este seguimiento.

Pero sigamos con el tratamiento. Se inicia después de dos horas y se mantiene 6 semanas. En esto diferimos de los planes de ustedes, en el BSE se acordó 6 semanas. Habrá quién tenga razón y quién no, pero estas reuniones sirven para ponernos de acuerdo. Se hace tratamiento de todos los síntomas secundarios, por ejemplo si tienen gastritis, se les acompaña con antiácidos, a veces tienen diarrea. Hay una serie de indicaciones que se le entregan a los pacientes, donde se le indica que tome abundantes líquidos, que use preservativo en las relaciones sexuales, que consulte inmediatamente en cuanto surja cualquier complicación y el que tiene que llegar a 6

semanas se les realiza los controles aunque se reintegre a trabajar. A los que no se les hace el tratamiento, se les da lo que se llama el "alta franquicia" o sea se recoge la sangre, se le reintegra a trabajar y vuelve para los controles, pero vuelve a trabajar al día siguiente del accidente o al mismo día. En los que se les inicia el tratamiento, se les deja sin trabajar 3 o 4 días para ver la tolerancia al tratamiento y si tiene algún síntoma secundario. Luego se le reintegra con esta franquicia.

Después queda abierta la exposición para preguntas. Lo que usamos son estas drogas que las dos primeras están juntas en el Convivir que les damos 2 comprimidos por día y Crixiban les damos 6 comprimidos por día. Le agregamos protectores gástricos según la sintomatología que el enfermo tenga. Le hacemos controles serológicos VIH al inicio, al tercero y al sexto mes del accidente. Al inicio y al tercer mes también le hacemos controles de Hepatitis B y C. Para la Hepatitis B, si la fuente es negativa, no se hace ningún tipo de profilaxis, pero existen plazos mayores para determinarlo, así que si el accidentado consigue la serología en dos o tres días de ocurrido el accidente, estamos en plazo de adoptar las medidas preventivas indicadas. Si el caso es de fuente desconocida y el accidentado está correctamente vacunado, no se hace profilaxis. Si el accidentado no está vacunado se inyecta Gamma globulina hiperinmune y se comienza con la primera dosis de Hepatitis B. Si la vacunación es incompleta o no se conoce su serología, ahí se hace una titulación de anti cuerpos anti HBS, en la serología inicial. Si esa titulación es mayor de 10 unidades -que se sabe en 48 horas- no se le hace nada, si es menor de 10 unidades se procede como si no estuviera vacunado. Es decir, que se

hace una determinación cuantitativa que no sé si el Dr. Russi, la Dra. Braselli o todos ustedes, que saben mucho más que nosotros, estarán de acuerdo en eso o no y esta es la utilidad de estas reuniones.

Creo que no tengo más nada que decir, sólo lo que decía al principio vale el que seguimos siendo médicos. El que el apoyo psicológico vale. Que tenemos que analizar si el individuo, quiere o no quiere recibir el tratamiento profiláctico, porque no se trata de obligarlo porque cuando llega a la casa lo tira o se asusta. Entonces hay que decirle los pocos riesgos que tiene de enfermarse y que la medicación la tiene que tomar de cierta manera. Después hay que analizar caso por caso.

Les cuento dos casos que pueden ser diferentes de las pautas. El otro día atendí a una enfermera que se había puncionado sacándoles sangre a un niño de pocos meses que tenía un HIV positivo de recién nacido y negativo en el segundo control. Mi ignorancia hacía que no supiera cuanto duraban los anticuerpos anti HIV en generarse en el recién nacido, porque hay un retardo inmunológico. Me acaba de decir el Dr. José Russi que en un mes ya están positivos, yo eso no lo sabía, pero ante la duda le hice el tratamiento. Yo no sabía si era una categoría definida y si era positivo o negativo por un lado. Por otro lado el otro día vino un preso que trabaja en la enfermería de la cárcel y que se pinchó con una aguja abandonada. En este caso habría que no tratarlo, pero yo dije estando esta persona en la cárcel en un ambiente de alto riesgo de adquirir HIV, si yo no le hago tratamiento y este hombre adquiere HIV en los meses siguientes, como lo

convenzo de que esto no fue un accidente laboral. Entonces ante la duda; no era un caso "definido" sino "probable", pero de todas maneras le hice el tratamiento. O sea que la individualización de cada caso sigue valiendo como para toda la medicina.

Quedo abierto a las preguntas.

SESIÓN DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

PROF. AGDO. DRA. NELLY PIAZZA::

Le agradecemos al Dr. Hugo Bielli y enseguida empezamos con las preguntas. Me parece que deben haber quedado muchas dudas, lo que es un indicio de que esta charla sirvió. De manera que la Dra. García nos va a pasar las preguntas formuladas por ustedes.

Dra. García:

Me parece que sería más conveniente que los panelistas pasaran aquí, así tienen micrófonos. Les agradezco.

DRA. JULIA GALZERANO:

¿Qué pasa cuando el personal de salud se accidenta con un paciente que no es VIH positivo, no tiene Hepatitis B, ni C y el paciente se niega a que le

saquen sangre porque no le interesa o no quiere saber? ¿El personal de salud puede sacarle sangre y mandarla a analizar sin que el paciente sepa; podemos obligarlo? Como tú sos la médica legista de esta comisión me gustaría que lo aclararas, ya que no lo dejamos muy claro nosotros.

Dra. Curbelo:

Si el paciente se resiste, no hay situación legal que pueda obligarlo. Él puede negarse y lo más que podemos hacer es intentar persuadirlo. Una porque no existe forma legal de obligarlo y otra porque en la práctica sería casi imposible realizar una extracción de sangre forzada. No podemos. En el caso que se piense que el paciente está infectado lo que hay que hacer es realizar la profilaxis. Pero aprovecho para decir lo que decía el Prof. Bielli, por esto no todo el personal de salud que sufre un accidente puede ser tratado exactamente igual, más allá de pautas de protocolo. Cada caso es diferente y cada accidente se da de forma diferente. No creo que esté mal invertido un tratamiento de profilaxis siempre que esté justificado. En cuanto a los que no se quieren tratar, porque muchas veces nosotros, el personal de salud, somos los peores y decimos: " a mí no me va a pasar". A esta persona tampoco la podemos obligar legalmente a realizar un tratamiento por una posible enfermedad y prácticamente por más que les demos las pastillitas, el accidentado puede hacer con ellas lo que quiere.

DR. HUGO BIELLI:

Muchas veces es una situación intermedia. El accidentado no quiere tomar la medicación, porque dice que sufre de gastritis o úlcera, pero acepta los controles y nosotros se los hacemos al inicio, a los 3 y luego a los 6 meses, porque esa persona puede virar. Así que hay que discriminar lo que es el diagnóstico –que casi nadie se niega- a lo que es el tratamiento que mucha gente se niega.

INTERVENCIÓN:

¿Si el accidentado se niega a recibir el tratamiento, en caso de que haya conversión, el BSE va a pagarle como si fuera una enfermedad ocupacional o no o eso queda librado a la decisión del juez?

DR. HUGO BIELLI:

(intervención inaudible)...el tratamiento no se acepta que sea totalmente efectivo. No se nos ha dado ningún caso. El único que viró, había sido tratado.

INTERVENCIÓN:

Correcto. Una pregunta para el Dr. Hugo Bielli. ¿se considera en nuestro país a la Hepatitis B como una enfermedad ocupacional dentro de la lista de enfermedades ocupacionales para el personal de la salud, porque en otros países sí?

DR. HUGO BIELLI:

Se considera ocupacional, si consultó en el momento del accidente y debe haber seguido los controles. Es decir, si el individuo consultó cuando se punccionó o tuvo algún accidente laboral, concurrió al BSE, era negativo y luego viró, entonces es una enfermedad ocupacional. No hay duda. Ahora si el individuo viene y dice que es enfermero y que tiene un antígeno Australia positivo y nunca consultó, en el BSE no se acepta como accidente laboral. En este momento tenemos un expediente en marcha de una persona que trabajaba en diálisis donde había sujetos con Hepatitis C y había consultado en el año 92. Se le había analizado la serología y se le dio de alta. Ahora es portadora de Hepatitis C y seguramente debe ser una accidentada laboral. Lo que pasa es que en aquel momento se le sacó la sangre pero nunca se supo el resultado. Ahora estamos tratando de rastrear en el laboratorio para ver si está. Porque si era positiva será ocupacional, pero no había consultado. Si era negativa, aunque no hubiera consultado, se va a aceptar como un accidente laboral. Eso es lo más lógico. Si no consulta no se puede tipificar ningún accidente de trabajo.

INTERVENCIÓN:

¿Y si consulta en el BSE no se toma en cuenta en la Hepatitis B y C, el aspecto sexual? Esto para saber los criterios legales que nosotros no manejamos.

DR. HUGO BIELLI:

Eso es imposible de determinar en la evolución, si consulta y tiene marcadores positivos en el momento de la consulta, se rechaza. Si hay viraje posterior al 3er mes, ahí en principio si tuvo un accidente, el beneficio de la duda se lo damos al paciente.

INTERVENCIÓN:

Más que preguntas, quisiera con la autorización de los panelistas agregar algunas cosas que en la práctica son muy necesarias y que quizás como ustedes son todos médicos, a veces las maniobras que seguimos la gente de enfermería las desconocen. Entonces - por ejemplo- la Dra. Braselli que habló de las precauciones universales estándar que fueron creadas en el 95 por el CDC, yo creo que teníamos que agregarle el manejo de los cadáveres o el pos mortem que realizamos nosotros. Y lo otro grande, es el manejo de los residuos en el área de trabajo. Yo trabajo en dos instituciones, una privada y una pública y puedo decirle que la clasificación de los residuos se hace en la habitación donde está el paciente y en la privada que es una emergencia donde no sabemos el estado del paciente que llega, no realizamos la clasificación. En los cuidados pos mortem, tenemos que tener cuidado, porque pensamos que al fallecer el paciente los microorganismos murieron y ahí entramos un poco lo que decía el Dr. Hugo Bielli de cuantas horas después pueden seguir contaminando. Se ha hablado de que el VIH en material húmedo y orgánico puede ser efectivo a las 72 horas. También que el virus de la Hepatitis B, puede permanecer hasta 3 o 4 días en una gota de sangre en una frazada. He visto enfermeros y he tenido que sancionarlos, que han colocado un catéter venoso y el mandril del catéter lo han puncionado en la colchoneta. Porque creo que nuestra obligación aparte de cuidarnos a nosotros y al paciente, tenemos que cuidar a nuestros compañeros. El manejo de los residuos y de las precauciones pos mortem que

faltaron en las precauciones universales, deberían ser obligatorias pero que culturalmente en nuestro país nadie toma las precauciones.

En cuanto a lo referente a lo que dijo el Dr. José Russi de las sustancias que inhibían los gérmenes; también quiero decir cosas muy prácticas. Si bien el hipoclorito elimina casi todo, sabemos que preparado en agua caliente es inactivo o el agua jabonosa o el detergente lo inactiva. El hipoclorito en los materiales si no hubo una buena limpieza, tampoco nos sirve de nada. Estamos haciendo mal el proceso.

En cuanto a la vacunación yo creo que debería ser obligatoria para el personal de salud y así como se exige el carné de salud, debería exigirse el carné de Hepatitis y tener conciencia y responsabilidad para completar las tres dosis.

Para los otros panelistas, como vengo de un hospital público quería contar la experiencia de profilaxis pos exposicional. En el 99 en la institución en la cual trabajo, en vista de que había mucho caos cuando se producía un accidente de este tipo, se creó un algoritmo. Se le agregó al kit de VIH el de Hepatitis, que no estaba considerado hasta ese momento y se hizo un protocolo con los algoritmos que ustedes plantearon. El médico puede quedar tranquilo o bastante tranquilo de que va a hacer lo correcto. Entonces con el algoritmo, llega a la conclusión si es "masiva" o "definida" y si se requiere medicación. Del 99 a esta parte sólo dos –que eran residentes- recibieron la medicación. Los dos eran claramente "masivos" porque el paciente estaba en una etapa

terminal de SIDA y uno fue por punción y con el trocar se inoculó y la otra residente fue en una punción de vía venosa central. No hubo cero conversión y cumplieron el tratamiento. Después son derivados a ustedes y ustedes siguen el tratamiento, pero creo que hay falta de información y deberían establecerse como obligatorias las precauciones e imponerse sanciones a quienes no las cumplen. Finalmente tratemos de no generar pánico cuando suceden los accidentes, algo que es muy difícil.

DRA. GARCÍA:

*Hay una cantidad de preguntas pero no he podido clasificarlas por falta de tiempo. La primera: Ante un accidente laboral de cualquier índole **¿Quién es la persona responsable de determinar la conducta a seguir?***

RESPUESTA:

Depende quién sea el accidentado. Si es personal de la enfermería y estamos en una institución privada, se supone que la nurse tiene que tomar conocimiento y mandar a ese funcionario al BSE. Si es en una institución pública, en principio se va a referir al lugar donde trabaja, en las emergencias de los hospitales. Ellos aclararon que para el VIH que es lo que le da más miedo a la gente, el SEIC es el centro de referencia, pero en cada hospital hay un kit para el tratamiento, si justificara.

INTERVENCIÓN:

*Buenas noches: **¿Qué pasa en el mismo caso si la persona infectada es un estudiante?***

DR. IGNACIO MIRAZZO:

El problema es que no existe marco legal que contemple al accidentado cuando es un estudiante universitario. La Universidad no ha definido ningún tipo de convenio o seguro. Obviamente la Universidad si contempla a los funcionario pero a los estudiantes. Esto es un problema muy serio, porque tampoco va a ser cubierto por las instituciones privadas porque ocurrió fuera del ámbito de la institución. Para el caso de los estudiantes hemos de alguna manera previsto coordinar el tratamiento in situ de esos pacientes. Sobre todo en el Hospital de Clínicas, con test rápidos para determinar si la fuente es positiva y en ese caso indicar el tratamiento. De todas maneras nos hemos ofrecido para aportar el aspecto técnico necesario y eventualmente frente a la ausencia del tratamiento en el lugar de origen, también lo aplicaríamos nosotros. Todavía no hay marco legal para ellos pero seguramente serán contemplados a través de la División Universitaria de la Salud, tanto estudiantes de Medicina como de enfermería y otros estudiantes universitarios.

DR. HUGO BIELLI:

Yo pienso que muchos estudiantes tienen cobertura mutual y si bien es un accidente que no está cubierto por el BSE y la institución no tendría que responsabilizarse porque no es de su plantilla, de todas maneras la persona puede ir a la puerta de la mutualista y atenderse.

DRA. JULIA GALZERANO:

Profesor Bielli, este es un problema que hemos tenido y legalmente la mutualista no tiene porqué cubrir la profilaxis de estas enfermedades, que además son muy costosas y ahí es donde empieza el peregrinaje. Pasa lo mismo con muchos Odontólogos que se accidentan en su lugar de trabajo y que no tienen mutualista, no tienen la cobertura por el BSE o médicos que trabajan como unipersonales que tampoco están en el BSE. Ahí empieza todo un trámite porque las mutualistas para dar el tratamiento del VIH tienen que tener todo un formulario; no cubre un accidente. A veces se logra, pero no es así.

DR. IGNACIO MIRAZZO:

Completo lo que tu decís Julia, diciendo que el tratamiento de pacientes VIH en el ámbito privado es para aquellos casos que están demostrados y documentados como positivos y no en un accidente laboral donde se presume que el paciente es negativo.

DRA. GARCÍA:

Tenemos otra pregunta verbal dirigida a la Dra. Curbelo

INTERVENCIÓN:

El Dr. Bielli hacía referencia al impacto psicológico que determina el accidente laboral y que del BSE ellos sugieren ausentarse del trabajo 3 o 4 días. Nosotros en la actividad pública intentamos hacer lo mismo, a veces con un plazo menor... ¿Esa indicación tiene valor legal ?

DR. HUGO BIELLI:

Perdón, pero yo no dije eso. Al accidentado se le saca la sangre y va a trabajar enseguida. Yo lo que digo es que el médico le haga un apoyo psicológico de sicología barata; no por psicólogo sino como médico tratante, pero nada más. Lo que a veces sucede de que se mantienen 3 o 4 días sin trabajar es para los que están recibiendo el tratamiento, porque tiene efectos secundarios.

INTERVENCIÓN:

Me refiero al caso particular en el que hay una pauta definida, y se le indica un tratamiento y entendemos que hay un impacto psicológico en el compañero y consideramos que no puede trabajar. Lo que quisiera saber si hay un marco legal para esto.

DR. HUGO BIELLI:

El Doctor del BSE tiene potestades de no darle el alta franquicia si ve que la persona no está en condiciones de ser reintegrada. Porque tenga vómitos o porque tenga una angustia tan grande que no le permita trabajar pero eso es valoración del médico, como en cualquier caso de accidente laboral por otras razones.

DRA. CURBELO:

Y aunque no fuera un accidente de trabajo, creo que este caso es igual que cualquiera de las enfermedades que tenemos. Esa persona va a tener un tratante en la institución que trabaje y va a pasar por un colega certificador que le pedirá el certificado del

tratante. Y me parece que los días de enfermedad que son libres de trabajar, pero que no son para pasear, a menos que haya una certificación médica para esto, corresponden en todos los casos de enfermedad, si manejamos un concepto de salud integral. A veces es físico o psíquico.

DRA. GARCÍA:

¿Dónde se consulta por un accidente laboral, un sábado o domingo, ya que existe una experiencia laboral de un domingo de mañana y debió volver el lunes? O sea 24 horas después al BSE.

RESPUESTA:

Las pautas las tienen los médicos de guardia también y que a las 4 de la mañana del domingo puede consultar al médico de guardia del BSE que tiene las pautas igual que las tenemos todos. Normalmente, lo que pasa es que si es una categoría "masiva" o "definida" empieza el tratamiento el domingo y el lunes lo remite a la policlínica de medicina para que se le fiche y se le diga el seguimiento. Es decir que tiene que volver el lunes, pero el tratamiento, los controles y la sacada de sangre, se la hace en el momento de consulta.

INTERVENCIÓN:

Yo quería aclarar una situación que me parece importante. Coincido con el Dr. Hugo Bielli con que la persona que tiene atención mutua debe ser atendido donde tiene cobertura. Y creo que la resolución de la Dirección General de la Salud, indicando la

obligatoriedad de los sistemas de asistencia colectiva de prestar asistencia a los pacientes con VIH, no es específica para tal o cual caso. Es una indicación privativa del médico, que no se aplica en el caso del riesgo sexual, ya que el riesgo es muy bajo y segundo porque en el caso del accidente laboral definido y comprobado, que es mucho más alto el riesgo (más de un 90%), debe dirigirse al MSP, porque está en el espíritu del ministerio que eso sea así y estoy segura de que se puede encontrar una rápida solución.

INTERVENCIÓN:

Yo quería contestar un poquito a la colega y hacer algunas apreciaciones. Eso sería asumir que el accidentado es un VIH positivo y eso no se puede asumir hasta comprobarlo. Si bien en teoría podría ser una solución muy buena no está en el espíritu de las instituciones privadas, ni públicas; lamentablemente

DRA. GARCÍA:

¿Qué información existe sobre la transmisión de dicho virus por animales o hacia ellos? *Se referirá seguramente al HIV y Hepatitis B y C.*

DR. JOSÉ RUSSI:

Hay varios Hepadnavirus en distintas especies pero no se cruzan con los del hombre. Por ejemplo hay en aves como la marmota americana, también en monos. Ha habido algunos casos de transmisión a humanos de monos pero no estamos en las condiciones para que eso se produzca. Con respecto a hepatitis C, prácticamente salvo en el

laboratorio no hay un reservo de animal, así que no hay habitualmente problemas. Con respecto al VIH, ese es el origen la transmisión de los animales al hombre en algún momento de la historia reciente de la humanidad y en África.

INTERVENCIÓN INAUDIBLE:

...a las encefalopatías transmisibles por los priones. Hoy incluso mencionaron a los priones y de repente hay un método de desinfección más sofisticado que el utilizado para los virus y bacterias. Sería bueno que el Dr. José Russi aclarara este punto.

DR. JOSÉ RUSSI:

Es una variante que ha aparecido y que está vinculada al virus de la encefalitis esponjiforme de los bovinos. Eso ha generado un gran problema en Inglaterra y en Europa, de qué hacer con el material. Hoy sabemos que el Prión está en el encéfalo, en las amígdalas y en los ganglios linfáticos. Entonces ¿qué se hace con el material quirúrgico que se empleó? Hoy en día se está descartando, ya que las formas de esterilización son el autoclave a 134º, por tiempos prolongados de una hora, hora y media y la utilización de soda, combinado o no con el autoclave. Los materiales cortantes no resisten el tratamiento y se ha dado como pauta incinerarlo y descartarlo. Por suerte, esta enfermedad no existe en nuestro país. Supongo que era esa la pregunta.

PROF. AGDO. DRA NELLY PIAZZA:

Perdón, hay muchas preguntas todavía y ya es muy tarde por lo que vamos a continuar unos minutos más. Eso sí nos comprometemos a responder las preguntas, aquellos que la quieran re formular. La otra posibilidad es que nosotros hagamos un recuento de las preguntas, las contestemos y bajo forma de un boletín o de una pagina, que ustedes podrán retirar de aquí del SMU. Me parece que es más cómodo para todos y nos daría satisfacción a todos.

DRA. GARCÍA:

Sobre Hepatitis B ¿Qué tiempo debe transcurrir entre la tercera dosis de la vacuna y el control de los anticuerpos adquiridos?

DR. JOSÉ RUSSI:

El tiempo que debe transcurrir entre esos dos eventos es nada. Hoy día prácticamente a individuos inmuno-competentes –como el personal de salud- no se les hace controles pos vacunación. Sólo en paciente inmuno-deprimidos –VIH o pacientes en diálisis- y que estén en riesgo de infectarse. Es una vacuna que produce anticuerpos en el 96% de los casos.

INTERVENCIÓN:

¿Se debe re vacunar contra la Hepatitis B y cuanto tiempo después debe hacerse?

DR. JOSÉ RUSSI:

Esa pregunta no tiene respuesta. Hay mucha gente que considera que con la inmunidad que queda alcanza y sobra para formar anticuerpos. Claro, estamos hablando de accidentes laborales no masivos, sí es una transfusión eso no sirve si es uno o dos centímetros cúbicos. Ahí hay que hacerlo con Gamma globulina y vacuna.

DRA. GARCÍA:

Estas preguntas son breves y ya fueron dichas, pero se ve que quedaron algunas dudas:

¿Cuánto puede vivir el VIH fuera del cuerpo humano?

DR. ANÍBAL DUTRA:

Eso depende de las condiciones. Si tú dejas un tubo con sangre de VIH positivo sobre esta mesa y vienes dentro de 15 días, ahí todavía va haber virus vivo, pero la cantidad de virus residual es muy pequeño a menos que tome una jeringa y te lo inocule.

DRA. GARCÍA:

¿Porqué realizar anticuerpos anti VIH a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses si el periodo de ventana es de 15 días?

DR. ANÍBAL DUTRA:

Esa propuesta que se hizo en ese momento, que es una propuesta que se hizo también a nivel internacional, tiene en cuenta que teóricamente era posible que una infección semi controlada o una infección a bajo nivel con poco inoculo y el agregado de

drogas anti virales no generara respuestas inmunes como una infección normal. Eso no lo sabíamos y todavía no lo sabemos. Porque hay 98 casos a nivel mundial, la mayoría ocurrieron antes de la profilaxis y no hay experiencia para decir como es la curva de cero conversión bajo profilaxis específica, ni siquiera los valores de PCR ni carga viral en esos pacientes.

PROF. AGDO. DRA NELLY PIAZZA:

Bueno cortamos acá. Agradecemos mucho su presencia y nos mantenemos en comunicación. La semana que viene pueden retirar su certificado y si es posible les daremos las respuestas a las preguntas que hoy no fueron contestadas por falta de tiempo. Muchas gracias.