

Cirugía y Sida

Dr. Iván Oyarzún
Dr. Alejandro Campos

Queremos presentar algunos aspectos de la relación que existe entre las especialidades quirúrgicas y los pacientes portadores del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Como Cirujanos, podemos relacionarnos con este tipo de pacientes de varias formas, la primera, a través de una interconsulta a un paciente HIV (+) conocido; por una complicación quirúrgica dependiente de su enfermedad de base, o en algunos casos cuando se requiere de un procedimiento quirúrgico para aclarar el diagnóstico de una neoplasia o infección, para iniciar un adecuado tratamiento, y también por un problema de resolución quirúrgica que se ha presentado en forma concomitante, en este caso el cirujano no debe olvidar que el paciente con Sida puede no hacer el cuadro característico (como úlcera péptica, colecistitis, o apendicitis), sino que serán encubiertos por una serie de signos y síntomas coexistentes con la enfermedad de base. La segunda forma de relación es nuestra actividad operatoria diaria frente a pacientes de los cuales se desconoce su condición serológica y que plantea toda una vertiente de discusión en cuanto al riesgo implicado en el ejercicio de nuestra profesión.

En relación con la primera, se lee en los trabajos publicados que muchas veces sólo el conocimiento del diagnóstico puede complicar la formulación de un plan de tratamiento; algunos médicos tienen la opinión de que el paciente portador de Sida no sobrevivirá ni siquiera a un procedimiento quirúrgico menor, y por lo tanto se hace una evaluación poco acuciosa, aun cuando se trate de una afección tratable. A pesar de esta actitud, existe una serie de condiciones patológicas que son susceptibles de acción quirúrgica y que no deben ser postergadas, pues no todos los pacientes se presentan en el estado terminal conocido, sino que en los estados tempranos de la enfermedad, cuando los signos y síntomas en relación a las patologías no son dramáticos.

Como se mencionó en la anterior exposición, las infecciones oportunistas son la mayor complicación de los pacientes portadores de esta Inmunodeficiencia Adquirida.

Médicos Becados
Departamento Cirugía
Hospital Clínico
Universidad de Chile

Se han descrito múltiples agentes que provocan diversas complicaciones, entre éstos podemos mencionar:

Citomegalo Virus: Es el patógeno más común en Sida; miembro de la familia de los Herpes Virus; se asocia con: esteatorrea ideopática, úlceras mucosas, vasculitis, perforación intestinal, lesiones tipo enfermedad inflamatoria, hepatitis, colecistitis litiásica, etc.

El diagnóstico se hará por la demostración en inclusiones intracelulares o por aislamiento del virus.

Se ha usado el Ganciclovir como medida terapéutica.

Cristosporidium: Es un protozoo parásito de la familia de los Esporozoos, y se ha relacionado con: gastroenteritis, síndrome diarreico intratable, ictericia.

El diagnóstico se hace con la demostración de huevos en deposiciones o por detección del protozoo en biopsias.

Micobacterium Avium Intracelular: Un organismo difundido en el ambiente que sólo se ha asociado a patología con la aparición del Sida: dolor abdominal, fiebre, baja de peso, masas inflamatorias intraabdominales, inflamación ileon terminal.

Su diagnóstico es por cultivos (deposiciones, sangre) y biopsia.

Sarcoma de Kaposi: El Sarcoma de Kaposi clásico es una Neoplasia poco agresiva, caracterizada por lesiones nodulares y pigmentadas en extremidades inferiores, en hombres viejos más agresivo, con alta incidencia en tubo digestivo, primeramente descrito en piel y 40-50% en tracto gastrointestinal, (hemorragia digestiva, obstrucción intestinal, intususcepción intestinal).

El diagnóstico se hace por estudio radiográfico, endoscopia y biopsia.

Topográficamente, se pueden describir las siguientes condiciones: candidiasis oral, leucoplaquia vellosa, Sarcoma de Kaposi oral, esofagitis por cándida, herpes virus, citomegalovirus, úlceras esofágicas.

TEMORES Y REALIDADES EN RELACION AL RIESGO

Mucho se ha escrito, discutido y especulado en

relación a este tema, situaciones tales como:

Enfermedad mortal, tenida como un estigma, incapacitante laboral, con directa relación a procedimientos invasivos, hacen que sea un tema ineludible en términos de riesgo.

Las investigaciones y trabajos publicados en la actualidad nos permiten acceder a las siguientes realidades:

– No existen transmisiones documentadas durante cirugías, ni por pinchazo con aguja de sutura (EE. UU., mayo de 91).

– Las tasas de prevalencia entre los cirujanos son menores que en la población general.

– El pabellón es un lugar de alto riesgo para la transmisión de cualquier enfermedad mediada por sangre o líquidos corporales.

Se han diseñado estudios para determinar los factores y condiciones relacionados con el riesgo haciendo hincapié en los accidentes cortopunzantes y exposición a mucosas. Esto permite establecer las siguientes conclusiones:

- Tasa por 100 procedimientos..... 5,0%
- Tasa por 100 cirujanos 1-2,5%
- Tasa por 100 Hr. cirugía 0,8%

– Directa relación con

- duración de la cirugía.
- pérdida de sangre.
- procedimiento de urgencia.

– Inversa relación con

- experiencia del cirujano.

– Cirugías de mayor riesgo

- trauma
- general
- ortopedia
- ginecología
- cirugía plástica

– Mayor riesgo para el cirujano y el primer ayudante.

Con estos datos podemos hacer los siguientes cálculos:

- 500 procedimientos al año, por cirujano (EE.UU.).
- 2,5% riesgo de herida cortopunzante.

- 1,3% de seroprevalencia población general.

El riesgo de sufrir herida cortopunzante es 0,165 al año.

- 0,3% de eficiencia de transmisión.

Podemos concluir que existe un riesgo de contraer Sida por este medio de:

- 0,0005 ($5 \cdot 10^{-4}$) al año
- 0,000001 (10^{-6}) por procedimiento

Ahora en cuanto a las medidas preventivas, en 1985 se generaron las recomendaciones universales de manejo de sangre y fluidos corporales, de las cuales podemos decir que:

-Enfatiza en métodos de barrera para prevenir el contacto mucoso o de piel (doble guante, mascarillas, anteojos, etc.).

-No son efectivas para accidentes cortopunzantes (80% de los casos).

-No existen estudios costo-beneficio.

-No han demostrado impacto estadístico en reducir la transmisión en procedimientos de alto riesgo.

Pero a pesar de esto, no podemos dejar de revisar las recomendaciones actuales para protección en recintos de pabellones quirúrgicos:

Personal:

- limitar ingreso, sólo personal esencial,
- no realizar cirugías con las cuales no se está familiarizado,
- sin estudiantes,
- personal sin heridas abiertas.

Ropa de Pabellón:

- cambiar delantal si se mancha más de 30 cm^2 .
- cambiar delantal y lavar la piel cuando se moja,

- delantales reforzados en pecho y mangas,
- botas altas desechables,
- doble o triple guante,
- lentes con protección lateral y superior.

Instrumentos Cortopunzantes:

- usar portaagujas siempre,
- tijeras y electrobisturí para disecar,
- no pasar instrumentos directamente,
- usar al mínimo el bisturí,
- objetos cortopunzantes sólo cirujano y arsenalera,
- sólo el cirujano con las manos en la herida al usar instrumentos cortopunzantes.

Aseo:

- examinar la piel y lavar o duchar con jabón o desinfectantes las áreas contaminadas,
- contenedor especial para objetos cortopunzantes.

Y para terminar se debe mencionar el riesgo que tiene un paciente sano de ser contagiado por un cirujano portador del virus.

-En EE.UU. hay 336 cirujanos HIV(+) mayo '91.

-Riesgo de contagio a pacientes ha sido estimado en: $1/41667$ — $1/416667$, lo que da

$$2 \cdot 10^{-5} \text{ — } 2 \cdot 10^{-6}$$

-la tasa de prevalencia de los cirujanos es 0,0005.

Quedan múltiples interrogantes que resolver en cuanto al tema, tales como: precauciones universales, examen HIV obligatorio para pacientes y personal médico, relaciones costo beneficio que irán siendo develadas en el futuro. Por ahora debemos actuar de acuerdo a la prudencia y el conocimiento cierto que se dispone.