

ACCIDENTES BIOLÓGICOS POR PINCHAZO: ¿POR QUÉ NO PONEMOS TODOS LOS MEDIOS A NUESTRO ALCANCE PARA PREVENIRLOS?

Autores: Álvarez Villalba, M.; Monzón Sánchez, E. y Orejas Monfort, E.
Tutor: Dr. F. Artalejo.

Aunque solemos desdeñar el riesgo de contagio por VIH por una punción, corte, etc. éste existe y dada la gravedad de la enfermedad y sus consecuencias, tanto físicas como psicológicas, nos parece de vital importancia conocer y seguir unas normas básicas para evitar el contagio.

Además teníamos la impresión de que en el día a día, no se ponen en práctica todas las medidas de precaución existentes. Por eso, nuestro objetivo ha sido ver hasta qué punto esto es cierto: si el personal sanitario está suficientemente informado, si actúa en consecuencia y, si no lo hace, el porqué.

Por último, nos pareció oportuno aprovechar la realización de las encuestas para entregar una hoja informativa que resumiera los consejos del CDC (Center of Disease Control) acerca de los temas tratados en la entrevista.

SUJETOS Y MÉTODOS.

El estudio se llevó a cabo mediante una entrevista personal a 30 trabajador@s del hospital en servicios con mayor riesgo de pinchazos (cirujanos, enfermeras y anestesiistas) en la que se rellenaba una encuesta (ver anexo 1) que reflejaba los siguientes puntos:

- Qué hizo: Número de pinchazos en los últimos 5 años y forma de actuación.
- Qué se debería hacer: Conocimientos teóricos
- Qué sabe sobre VIH y PPE (Profilaxis post-exposición): Riesgo de contagio y existencia de la PPE.

Los sujetos entrevistados fueron: 18 varones y 12 mujeres entre los que había 8 enfermeras, 3 anestesiistas y 19 cirujanos (3 traumatólogos, 9 ginecólogos, 1 cirujano plástico, 1 cirujano digestivo, 1 neurocirujano, 1 cirujana vascular y 3 cirujanos de cuello y mama).

La muestra no es lo suficientemente grande como para obtener datos estadísticamente significativos. Pretendíamos hacernos una idea general, para quizá algún día profundizar en el tema.

Al finalizar la entrevista, les entregamos una hoja informativa acerca de las formas ideales de evitar y tratar una punción percutánea, el riesgo de contagio por VIH y la profilaxis post-exposición (PPE) (ver anexo 2).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos acerca del **nº de pinchazos** en los últimos 5 años son los siguientes:

Nº pinchazos	0	1 a 5	5 a 10	10 a 15	15 a 30	>50
Nº personas	4	17	3	2	2	2

Cuánto se pinchan en función de la profesión: 6/8 enfermeras (75%) y 15/22 médicos (68%) se habían pinchado <5 veces.

Cuánto se pinchan en función de la experiencia laboral: 6/7 personas con <10 años de experiencia laboral (e.l.) se habían pinchado <5 veces. En las 15 personas con >20 años de e.l. había dispersión en los datos (de **0 a 5**, 8 p.; **5 a 10**, 3 p.; **10 a 15**, 2 p.; **>50**, 2 p.)

Actitud después del pinchazo :

Todos los encuestados se **lavaban la zona del pinchazo** pero, excepto 2, empleaban muy poco tiempo para hacerlo (menos de 1 minuto):

La gran mayoría (17/26; 65,4%) usaban *Betadine* como desinfectante, fundamentalmente los médicos (16/20; 80%) frente a las enfermeras (1/6; 16,7%). La *lejía* (8/26; 30,8%) era de elección entre las enfermeras (5/6; 83,3%); los médicos prácticamente no la utilizaban (3/20; 15%). El *jabón en pastilla* fue utilizado por 3/26 (11,5%) personas.

Frotaron con un cepillo al lavarse 9/26 (34,6%) personas y 6/26 (23,1%) exprimieron la zona del pinchazo. Sólo 9/26 (35%) acudieron al Servicio de *Medicina Preventiva* (M.P.) tras el pinchazo, a pesar de que 14 de ellos desconocían el estado infeccioso del paciente.

Conocimientos teóricos: qué creen que se debería hacer

Hay 6 personas que no contestan a las preguntas relacionadas con este tema.

En relación con la **forma ideal de evitar una punción percutánea**, hay 22 personas (91,7%) que opinan que es muy importante tener *cuidado*, usar una técnica adecuada y no ir con prisas; 11 (45,8%) consideran fundamental el uso de *guantes*; 6 (25%) mencionan el uso de *contenedores* para desechar el material contaminado y 4 (16,7%) comentan la importancia de *no encapuchar* las agujas una vez usadas, por el contrario, 1 persona opina que sí que se deben encapuchar.

En cuanto a la **actitud después del pinchazo**, todos piensan que hay que *lavarse*, pero sólo 1 indica la conveniencia de hacerlo *inmediatamente*,

abandonando la labor que se esté desempeñando. 10 (41,7%) lo harían con *lejía*, 9 (37,5%) con *Betadine*, 2 (8,3%) usarían *agua oxigenada* y 7 (29,2%) no especifican qué usar.

El 66,6% (16/24) afirman que lo correcto es acudir al Servicio de *M.P.* del Hospital. Sin embargo, mientras todas las enfermeras que se pincharon fueron a *M.P.*(6/6), sólo 5 de los 13 (38,5%) médicos que opinan que hay que ir, se acercaron a este Servicio después de pincharse.

Qué sabe sobre VIH y PPE: riesgo de contagio y existencia de PPE

De las 20 personas que sabían de la **existencia de PPE**, 9 (45%) obtuvieron la información a través de compañeros, 6 (30%) mediante literatura o congresos, 2 (10%) (residentes de primer año) en la Universidad y sólo 3 (15%) a través del Servicio de *M.P.* del Hospital.

Con respecto al **tiempo ideal** para iniciar la PPE, 7 (35%) piensan que cuanto antes, otros 4 (20%) consideran como lo antes posible las primeras 24-48 horas y el resto no contesta.

Al preguntar por el **riesgo de contagio**, 1 (3,3%) persona no cree en él; el resto saben que existe, pero a la hora de cuantificarlo 6 (20%) no saben qué decir, 5 (16,7%) dicen que es pequeño, y del resto, 10 (33,3%) opinan que es $\leq 1\%$ y 7 (23,3%) que $\geq 5\%$ (de éstos, uno habla de $>20\%$ y otro de $>50\%$)

La mayoría (18/30; 60%) piensa que el **uso de guantes** no modifica el riesgo de contagio, sólo 9 (30%) dicen que disminuye y 3 (10%) no saben o no contestan.

De las 20 personas que conocían la existencia de **PPE**, sólo 3 (15%) se atreven a cuantificar la disminución del riesgo, situándolo entre un 80-100 %.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

- El personal sanitario se pincha más de lo que pensábamos al comenzar el trabajo. No hemos visto que exista relación en función de la experiencia laboral, de la profesión o del Servicio. Más bien parece que depende del cuidado que ponga cada persona, porque si no, ¿cómo es posible que existan tantas diferencias en el nº de pinchazos entre unos y otros? Muchos opinan que pincharse es inevitable, y nos da la impresión de que eso crea cierta despreocupación por parte de algunas personas que hace que tengan menos cuidado.
- En general, la actuación después del pinchazo no es correcta:
 - Nadie interrumpe lo que estaba haciendo para lavarse y cambiarse de guantes.

- Emplean poco tiempo de lavado.
- Desconocen cuáles son los antisépticos más adecuados: ni el jabón de pastilla ni el Betadine sirven para gran cosa, y tanto la lejía como el frotado crean microerosiones en la piel que facilitan la penetración del microorganismo.
- El servicio de Preventiva informó a las enfermeras de que la manera más correcta de limpiar superficies contaminadas por vómitos, secreciones, etc.. de enfermos de Sida era usar lejía. Hablándolo con ellas llegamos a la conclusión de que ésta es la razón por la cual las enfermeras tienen la tendencia a usarla cuando se trata de limpiar su propia piel tras un pinchazo.
- Acuden poco al Servicio de M.P., aunque la mayoría cree que debería hacerlo. En algunos servicios, como el de Ginecología, se pide la serología del paciente de forma rutinaria antes de la cirugía. Esto hace que, en caso de que sea positiva, se acerquen a M.P. Pero esto es una excepción. En la mayoría de los casos no se conoce el estado infeccioso del paciente antes del pinchazo, y lo grave es que después muy pocos tratan de averiguarlo, ¿por qué?

En algunos casos se trata de pereza; no creen que exista un riesgo suficiente como para que merezca la pena hacer el esfuerzo de ir a M.P. y/o pedir la serología del paciente.

Muchos nos han contestado que "no tenía pinta de estar infectado". Se da por sentado que si una persona tiene "buen aspecto" significa que no está contagiado. Hay una fuerte tendencia a estereotipar y a establecer un claro perfil del "VIH +" que no se correlaciona con la realidad.

Otros parece que toman la opción de no darle importancia, e incluso tomárselo a broma como mecanismo de defensa para no estar continuamente obsesionado.

Por último, la postura de "esconder la cabeza" ante la posibilidad de que se haya producido un contagio. (Esta actitud de "negación" nos llamó especialmente la atención).

En nuestra opinión son argumentos poco consistentes para no poner en práctica unas normas tan sencillas. De hecho, el Sº de M.P. organiza charlas informativas sobre estos temas y en concreto sobre VIH en las que la asistencia es muy escasa (2-3 personas). Quizá deberíamos tener una actitud más receptiva.

- Aunque el trabajo se centra en VIH, existen otras enfermedades infecto-contagiosas más frecuentes que el Sida y con un riesgo de contagio mayor

(VHB, VHC...) cuya prevención y cuidados se rigen por las mismas normas de las que hemos hablado, por lo que debemos también tenerlas presentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposure to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. (2001). <http://www.cdc.gov/mmwr/mmwrhtml/rr5011a1.htm>.
- Greenwood, M. J. (2000). Exposure to HIV: medical management and legal implications. J. Emerg. Med. 19 (3): 231-239.
- Moloughney, B.W. (2001). Transmission and post-exposure management of bloodborne virus infections in the health care setting: Where are we now? CMAJ 165 (4): 445-51.
- Rey, D. et al. (2000). Post-exposure prophylaxis after occupational and non-occupational exposures to HIV: an overview of the policies implemented in 27 European countries. AIDS Care 12 (6): 695-701.