ACCIDENTE BIOLÓGICO: ¿MORTAL PARA LOS PROGRAMAS DE SALUD DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD?

FERNANDO RAMIREZ ÁLVAREZ
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Médico Laboral Regional Norte de Suratep S.A.

El riesgo biológico ocupacional se puede definir como aquel que surge de la exposición laboral a micro y macroorganismos que puedan causar daños al trabajador; sin embargo en el contexto hospitalario nos circunscribimos a aquellos "microorganismos, con inclusión de los genéticamente modificados, cultivos celulares y endoparásitos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad"[1].

En el ámbito de las instituciones de salud es uno de los factores de riesgo que genera mayor número de accidentes y asociado a éste se pueden presentar como secuelas las enfermedades generadas por los microorganismos que originaron dicho evento. siendo los profesionales más expuestos el personal sanitario que presta asistencia directa a los enfermos, el personal de laboratorio que procesa muestras contaminadas o posiblemente contaminadas, el personal que trabaja con animales o con derivados de éstos y el personal de aseo o también llamado de servicios generales.

En la actualidad, de entre las enfermedades infecciosas a las que están expuestos los profesionales sanitarios, destacan aquellas de etiología vírica como la Hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis Delta y el SIDA, sin olvidar otros virus y enfermedades producidas por otros microorganismos (tétanos, TBC, legionelosis, fiebre Q, rubéola, ...)

La exposición al riesgo biológico se manifiesta de forma directa o indirecta. La forma directa se origina cuando el personal de laboratorio manipula directamente los microorganismos a través de las técnicas o procedimientos establecidos; resultado de esta interacción se libera al medio ambiente del laboratorio y de la comunidad cierta cantidad de éstos ya sea, bien por la ejecución de tales procedimientos o por la ocurrencia de algún accidente para el caso del laboratorio, o bien por la evacuación de desechos contaminados tratados inadecuadamente para el caso de la comunidad. La mayoría del personal hospitalario tiene una exposición indirecta pues se deriva de la atención de la fuente contaminante que puede ser un ser vivo o muerto o por las secreciones emanadas por ellos o un elemento que fue utilizado para su atención o manipulación.

[1] Legislación Española: Decreto Real 664 de 12 de mayo de 1997

La clasificación de la peligrosidad de los microorganismos actualmente responde a la dada por la OMS y comprende 4 grupos de riesgo con orden ascendente atendiendo los siguientes criterios:

La ***patogenicidad*** es la capacidad de un microorganismo para producir una enfermedad.

La ***transmisibilidad****:* que es la habilidad de moverse desde el sitio donde son liberados hasta la vía de infección de una persona. (Contacto directo, indirecto o por transmisión por gotas al toser, estornudar, hablar; se puede dar por vía aérea, por un vehículo común o por un vector)

La ***infectividad****:* que es la habilidad para penetrar las barreras defensivas naturales o inducidas del individuo. Esta depende de muchos factores destacándose el sistema inmune de cada individuo.

La ***virulencia****:* que es la capacidad para ocasionar enfermedad, por lo tanto a mayor virulencia más grave será la enfermedad.

Estos criterios son determinados por algunos factores como los huéspedes, que además de poder padecer la enfermedad, constituyen un modo de transmisión para muchos microorganismos patógenos por lo que deben considerarse:

- Los niveles de existencia de inmunidad.
- La densidad y movimiento de la población de huéspedes.
- La presencia de vectores apropiados
- Las normas de higiene ambiental.

Además un agente se presenta más o menos peligroso si se cuenta con un tratamiento para enfrentarlo y reducir al mínimo sus efectos adversos. Los tratamientos disponibles pueden ser:

- La inmunización pasiva.
- La vacunación en caso de exposición.
- La administración de antibióticos y la quimioterapia tomando en consideración la aparición de cepas resistentes.

La disponibilidad de medidas eficaces para contrarrestar los efectos negativos derivados de la introducción o posible diseminación de un determinado microorganismo es uno de los aspectos que influyen sobre el incremento o no de la peligrosidad de éste. Por lo tanto es necesario revisar la disponibilidad de:

- Profilaxis por administración de vacunas o sueros.
- Medidas de saneamiento.
- Lucha contra vectores.

- Restricciones a la importación de animales o productos animales posiblemente infectados.

Un incremento en la concentración o el volumen del material infeccioso que se manipula va a tener un efecto directo sobre el incremento de la ***probabilidad*** de que ocurra un evento no deseado, y por tanto el riesgo se incrementa.
Basado en los criterios anteriormente expuestos y las experiencias acumuladas en otros países, la OMS propuso un sistema de clasificación dividido en cuatro grupos (OMS 1994).

Grupo de riesgo 1:
Microorganismos con escaso riesgo individual y comunitario que tienen pocas probabilidades de provocar enfermedades en humanos o en animales.

Grupo de Riesgo 2:
Microorganismos con riesgo individual moderado y riesgo comunitario bajo, que pueden provocar enfermedades en humanos o en animales pero tiene pocas probabilidades de entrañar un riesgo grave en el personal de laboratorio, la comunidad, los animales y el medio ambiente. La exposición en el laboratorio puede provocar infección grave, pero se disponen de medidas eficaces y el riesgo de propagación es limitado.

Grupo de Riesgo 3:
Microorganismos con riesgo individual elevado y riesgo comunitario bajo, que suele provocar enfermedades graves en humanos o en animales pero que generalmente no se propaga de un individuo infectado a otro. Se disponen de medidas eficaces y de prevención.

Grupo de Riesgo 4:
Microorganismos con elevado riesgo individual y comunitario, que suele provocar enfermedades graves en las personas o en los animales y pueden propagarse fácilmente de un individuo a otro, directa o indirectamente. Generalmente no se disponen de medidas eficaces de tratamiento y de prevención.

Como enfermedad profesional, en varios países se han realizado estudios principalmente apuntando al comportamiento de las infecciones adquiridas en el laboratorio, y las medidas de seguridad apuntaban a esa población objetivo, fundamentalmente de aquellos con una elevada patogenicidad, aunque existen informes sobre casos de infecciones con agentes de escasa patogenicidad.

La primera Infección adquirida en el laboratorio de la que se tiene noticia, fue publicada en Francia en 1893 por Nicolas, la cual describe una infección por tétanos provocada por inoculación accidental. En 1898 se informan dos casos más de difteria, uno de ellos provocado por aspiración oral mientras se pipeteaba con la boca. Pike realiza un análisis de 3921 casos (2465 casos ocurridos en los Estados

Unidos y 1456 casos en instalaciones en el extranjero) declarados a través de cuestionarios enviados a más de 5000 laboratorios desde 1949 hasta 1976, señaló a las infecciones bacterianas como las más frecuente durante las primeras siete décadas de este siglo mientras las infecciones vírales y rickettsiales fueron más frecuentes en la última mitad de este periodo. Del total de casos solo el 18% se debió a accidente conocido y la brucelosis, la fiebre Q, la fiebre tifoidea, la hepatitis viral (todos los tipos) y la tuberculosis, se clasificaron como las infecciones ocupacionales más frecuentes, coincidiendo que por esa época estas constituían verdaderos problemas de salud en la población en general y sus agentes etiológicos eran comúnmente manipulados en los laboratorios clínicos y de diagnóstico.
El incremento de los agentes infecciosos en la comunidad, incrementa la probabilidad de la exposición ocupacional (National Research Council, 1989). Lauer en 1979 encontró antígenos del Virus de la Hepatitis B (HBV) en un tercio de las muestras de superficies de las áreas de trabajo, equipamiento e implemento de laboratorios médicos, mientras que Bond y colaboradores en 1981 demostraron la existencia de restos viables e infecciosos después que el suero se había secado y permanecido 7 días a temperatura ambiente (25 º C y 42 % humedad relativa)[2].

De acuerdo a los resultados de la encuesta realizada por el ISS y PROFAMILIA entre 1993 y 1994 y publicada en el libro “Conductas Sexuales de la Población adulta con respecto al SIDA”, en Julio de 1994; 491.165 de los varones colombianos (5.2%) y 275.341 mujeres (2.8%) se habían practicado una prueba para VIH en el país ; la mayoría de estas personas se encontraban entre los 20 y 49 años de edad, eran solteros , viudos y separados con un nivel de escolaridad entre secundaria completa y superior. El 83% de las pruebas realizadas resultaron negativas, el 20.3% de las que se hicieron los hombres y el 1.3% de las que se hicieron las mujeres fueron positivas. Así se estimó que 118.093 hombres y 3.538 mujeres eran positivas, es decir 35 de cada 10.000 habitantes estaban infectados por el VIH. Pero esto no incluía a aquellas personas infectadas que no se hicieron la prueba, ni a quienes estando enfermos no fueron encuestados, por encontrarse en instituciones.[3] Según informe del Ministerio de Salud de Noviembre de 2001, un total de 23.447 casos de personas que padecen SIDA fueron reportados entre enero de 1985 y el primero de noviembre de 2001 en Colombia, de las cuales 6.442 son portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), señaló también que se calcula que por cada caso notificado puede haber otros 10 sin reporte o diagnóstico, "lo que hace prever que en

---

 Riesgo biológico en las instalaciones de diagnóstico, investigación y producción que manipulan microorganismos patógenos. Lic. Juan Carlos Menéndez de San Pedro López . Dr. C. Ricardo Montero Martínez. Departamento de Bioseguridad. Centro Nacional de Seguridad Biológica. Calle 28 No. 502 e/ 5ta y 7ma . Playa. La Habana, CUBA.

[3] Fepafem.org/investigaciones/sifilis activa/ intro.htm

Colombia se han presentado, en los últimos 16 años, aproximadamente 235.000 casos de la infección".[4]

En reciente publicación de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, hace referencia a la inclusión en legislación española reciente de normas especificas de control para el riesgo biológico en entidades de salud: "El artículo 15 de la Ley 31/95 establece los principios de la acción preventiva haciendo, entre otros, referencia expresa y concreta a: evitar los riesgos; combatir los riesgos en su origen; tener en cuenta la evolución de la técnica y sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún riesgo. También de manera explícita se nos requiere a la reducción o eliminación de los riesgos biológicos desde las Directivas del Consejo de las Comunidades Europeas, (Directivas 90/679/CEE y 93/88/CEE)."[5]

En el año 2001 en los Estados Unidos de América, La California's State Occupational Safety and Health Administration (CalOSHA) ha condenado al Seton Medical Center de Daly City, California, a pagar 5.100 dólares, por nueve violaciones de la legislación del Estado en materia de seguridad con las agujas...[6]
En Colombia, el Decreto 1543 de junio 12 de 1997 del Ministerio de Salud, expresa en su encabezado: "Que la infección del síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha incrementado considerablemente en los últimos años en la población colombiana, tanto en hombres como en mujeres y menores de edad, a pesar de los avances científicos, comportando una seria amenaza para la salud y la vida de todas las personas, por lo que se hace necesario expedir las normas correspondientes en desarrollo de la función de control y prevención" y más adelante en el artículo 2: "Bioseguridad: Actividades, intervenciones y procedimientos de seguridad ambiental, ocupacional e individual para garantizar el control del riesgo biológico."

También establece el Decreto 1543 ya mencionado la obligación de las empresas del sector salud o asimilables a trabajar en Bioseguridad como un concepto especial para el tipo de riesgo que se maneja: "Las entidades públicas y privadas asistenciales de salud, laboratorios, bancos de sangre, consultorios y otras que se relacionen con el diagnóstico, investigación y atención de personas, deberán:

a) Acatar las recomendaciones que en materia de medidas universales de Bioseguridad sean adoptadas e impartidas por el Ministerio de Salud;

b) Capacitar a todo el personal vinculado en las medidas universales de Bioseguridad;

---

[4] EL TIEMPO, Noviembre 30 de 2001, (AFP)

[5] Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. **RECOMENDACIÓN CIENTÍFICA 1/12/01, DE 17 DE OCTUBRE DE 2001**

[6] Agujas más seguras. Nursing 2001. Enero. pp.45.

c) Velar por la conservación de la salud de sus trabajadores;

d) Proporcionar a cada trabajador en forma gratuita y oportuna, elementos de barrera o contención para su protección personal, en cantidad y calidad acordes con los riesgos existentes en los lugares de trabajo, sean éstos reales o potenciales."

En Colombia no se han registrado hasta ahora demandas de tipo civil por enfermedad profesional asociada al riesgo biológico, pero se espera que de acuerdo al comportamiento observado con otro tipo de enfermedades como la sordera profesional en donde se invoca como causal de la lesión la negligencia por parte de la empresa, es muy probable que sea relativamente fácil el poder demostrar la falta de garantías en materia de seguridad para éste riesgo, en especial en entidades del estado con dificultades de presupuesto que no hacen inversión en ésta materia por tener otras prioridades que atender; dichas demandas contemplan cifras que superan ampliamente los 500 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

En un informe presentado por la Secretaría de Salud de Cali (Valle del Cauca) en 1999, concluye que entre enero de 1998 y abril de 1999, la población expuesta a factor de riesgo biológico (FRB) en esa empresa fue de 2,042 funcionarios con dedicación de 4'194,025 horas de trabajo (equivalentes a 1,906.375 trabajadores de tiempo completo por año laboral). Se notificaron 114 accidentes en 107 trabajadores. Se causaron 309 días perdidos, con un intervalo entre 0 y 120 días. La tasa de incidencia de lesiones accidentales fue 4.5% por año. Las lesiones accidentales no causaron incapacidad laboral en 86% de los casos. Un 57% de los accidentados no estaban vacunados contra Hepatitis B. La mitad de los AT ocurrieron en las auxiliares de enfermería (33.3%) y las promotoras domiciliarias de salud (13.3%), sin embargo los AT (FRB) ocurrieron en 68.4% de los accidentes laborales investigados, la tasa de incidencia de los accidentes FRB fue 5.7% anual, 78% fueron con sangre humana por traumatismos con punción o herida y 9% por humedecimientos de la piel o las mucosas. No hubo casos confirmados de seroconversión (por hepatitis B y C, VIH y lúes) después de la exposición ocupacional con sangre humana; la reincidencia de AT (FRB) fue del 9% y un 77% demostró omitir los protocolos de seguridad diseñados. También se pudo demostrar que un 22% afirmaba no haber reportado otros accidentes asociados a este factor de riesgo.

En Suratep S.A. desde 1997 se implementó el programa de seguimiento al accidente biológico y en 1998 se estructuró un Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Riesgo Biológico que incluye un trabajo interdisciplinario de las áreas de Prevención de Riesgos y Salud; se ha diseñado un plan de capacitación basado en el Modelo Cero Accidentes aplicado a las actividades del sector salud, para lograr un cambio en la actitud del trabajador y la empresa frente a la prevención del accidente laboral por exposición a factor de riesgo biológico: levantamiento de ARO, definición de estándares seguros, observación de conducta segura, estilos de vida saludable;

además se ha realizado actividades de vacunación contra hepatitis B, meningitis por meningococo y tétanos.

El protocolo de atención en caso de accidente biológico implica la capacitación de los médicos de urgencias de las entidades de salud afiliadas y de aquellas donde nuestra ARP cuenta con personal afiliado expuesto contratado a través de empresas de servicio temporal, pues son ellos los que inician nuestra cadena de diagnóstico y seguimiento, se ha diseñado una guía escrita de la cual se dispone en los puntos de urgencias, en ella se sugiere un modelo de historia clínica para éstos eventos en donde se registra la información básica para ese seguimiento y se indican los posibles exámenes a solicitar al trabajador accidentado y a la fuente cuando éste se ha identificado; se dispone también del consentimiento Informado y las indicaciones para obtener la consejería que ordena el Decreto 1543 de 1997 de Ministerio de Salud. De acuerdo con la información obtenida se ordenan de los exámenes iniciales y controles posteriores de acuerdo con la severidad de exposición y se determina la necesidad de tratamiento antiretroviral en caso de VIH y de inmunoglobulina en caso de Hepatitis.

El protocolo contemplaba hasta septiembre de 2002 una clasificación de riesgo en términos de LEVE, MODERADO y SEVERO teniendo en cuenta las características de la exposición:

- LEVE: Salpicadura en piel intacta, exposición a fluidos no sanguíneos
- MODERADO: Percutánea con instrumento no hueco, salpicadura en mucosa o piel no intacta, pinchazo subcutáneo o superficial
- SEVERO: Inyección intramuscular de sangre, pinchazo con aguja hueca de grueso calibre contaminada con sangre o fluidos corporales, heridas con elementos con sangre o fluidos de contacto VIH positivo, transfusiones de donante VIH positivo.

A partir de septiembre de 2002, atendiendo las recomendaciones de la OMS, el protocolo establece solo dos clasificaciones, BAJO y ALTO riesgo:

- BAJO: Pinchazo con agujas sólidas o huecas sin sangre visible, pinchazo con aguja hueca utilizada para el paso de medicamentos, pinchazo o laceración superficial, salpicadura de gotas en poco volumen en mucosa o piel no íntegra, utilización de elementos de protección al momento del accidente.
- ALTO: Herida o pinchazo profundo, pinchazo con aguja hueca utilizada en el paciente, contacto con sangre visible o líquidos corporales de alto riesgo (semen, secreción vaginal, LCR, líquido de serosas), o cualquier otro líquido contaminado con sangre; lesión intravascular; salpicadura de

grandes volúmenes en mucosas y piel no íntegra, accidentes sin elementos de protección personal.

Al revisar la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Riesgo Biológico durante los años 2000, 2001 y hasta el 30 de septiembre de 2002 en los afiliados atendidos en la oficina Barranquilla encontramos los siguientes datos:

1. Se realizaron vacunaciones contra Hepatitis B (3 dosis) en un total de 804 trabajadores (2412 dosis) de empresas con personal en sitios de trabajo de atención en salud, cuya distribución por tipo de actividad económica se aprecia en el gráfico 1.

2. Se realizaron vacunaciones contra Meningitis por Meningococo en 60 trabajadores de instituciones de salud y empresas de servicio temporal con personal asignado a áreas de atención en salud; la distribución de las vacunas aplicadas se puede evidenciar en el grafico 2.

3. Se aplicaron 4072 dosis de vacuna antitetánica, la distribución por tipo de actividad económica de la empresa se aprecia en el grafico 3.

4. Se registraron durante el año 2000, 1884 afiliados expuestos en las empresas del sector salud de la regional norte; en el año 2001 se encontraron 2326 afiliados en el mismo sector y a Octubre 31 de 2002 se encontraban 2260 afiliados expuestos en éste sector dependiendo de la atención de la oficina de Barranquilla; en el gráfico 4 se puede observar la evolución de la tasa de accidentalidad en los sectores donde comúnmente se encuentra exposición al factor de riesgo biológico durante el periodo observado.

5. Durante el periodo revisado se encontraron 312 accidentes de trabajo asociado a factor de riesgo biológico, 102 durante el año 2000, 108 durante el año 2001 y 102 durante el año 2002; ninguno de los accidentados presentó VIH positivo al momento del accidente y hasta el momento, ninguno de los accidentados se ha “sero” convertido; tampoco se encontraron casos de antígenos de Hepatitis B positivo al momento del AT y con posterioridad no se manifestó la enfermedad; de los trabajadores con exposición severa, 8 aceptaron tratamiento antiretroviral; de los accidentados registrados, 9 personas presentaron 2 accidentes durante éste periodo; además se analizaron las siguientes variables, cuyos resultados se expresan en los gráficos 4 al 14:

    - Sexo del accidentado
    - Cargo desempeñado por el accidentado
    - Actividad económica de la empresa donde ocurre el AT
    - Área del cuerpo expuesta

- Tipo de lesión causada
- Tipo de fluido involucrado
- Clasificación del grado de riesgo generado
- Identificación del diagnóstico de la fuente
- Vacunación contra Hepatitis B
- Determinación de anticuerpos contra Hepatitis B en los accidentados vacunados

Grafico 1

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE AT BIOLOGICO EN LA REGIONAL NORTE DE SURATEP S.A. (Barranquilla) Enero 2000 a Octubre de 2002 DISTRIBUCION DE VACUNAS APLICADAS CONTRA HEPATITIS B SEGÚN ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA

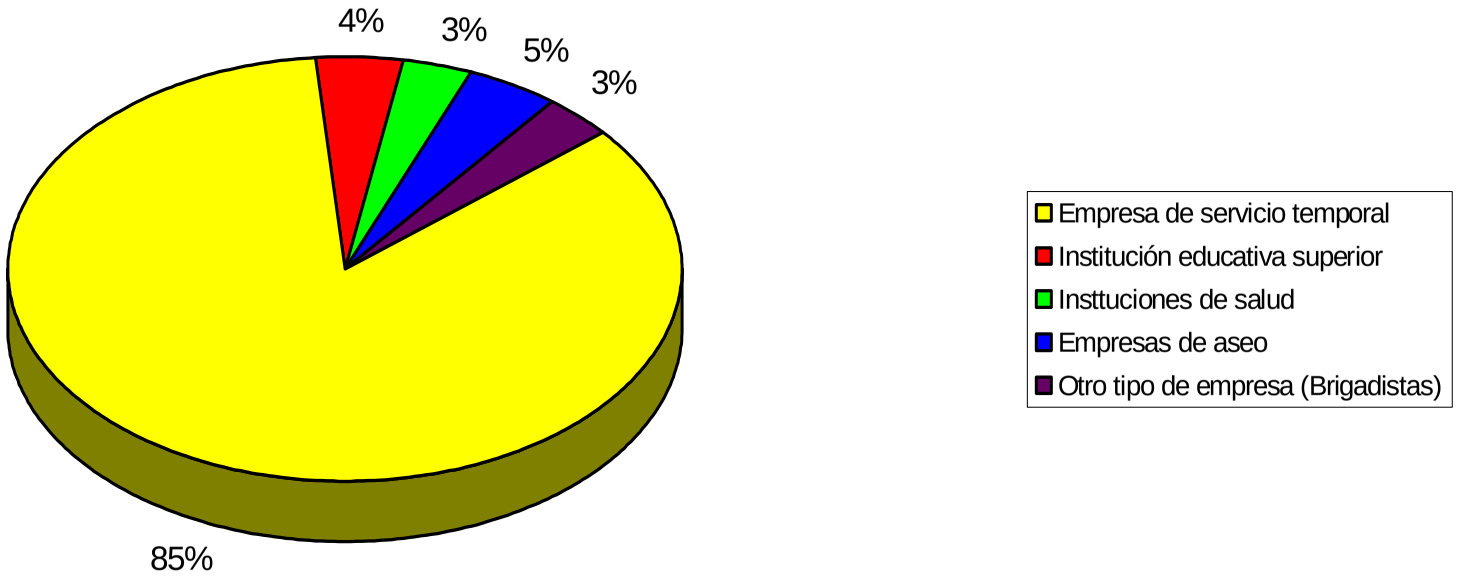


Grafico 2

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE AT BIOLOGICO EN LA REGIONAL NORTE DE SURATEP S.A. (Barranquilla) Enero 2000 a Octubre de 2002 DISTRIBUCION DE VACUNAS APLICADAS CONTRA MENINGITIS POR MENINGOCOCO SEGÚN ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA

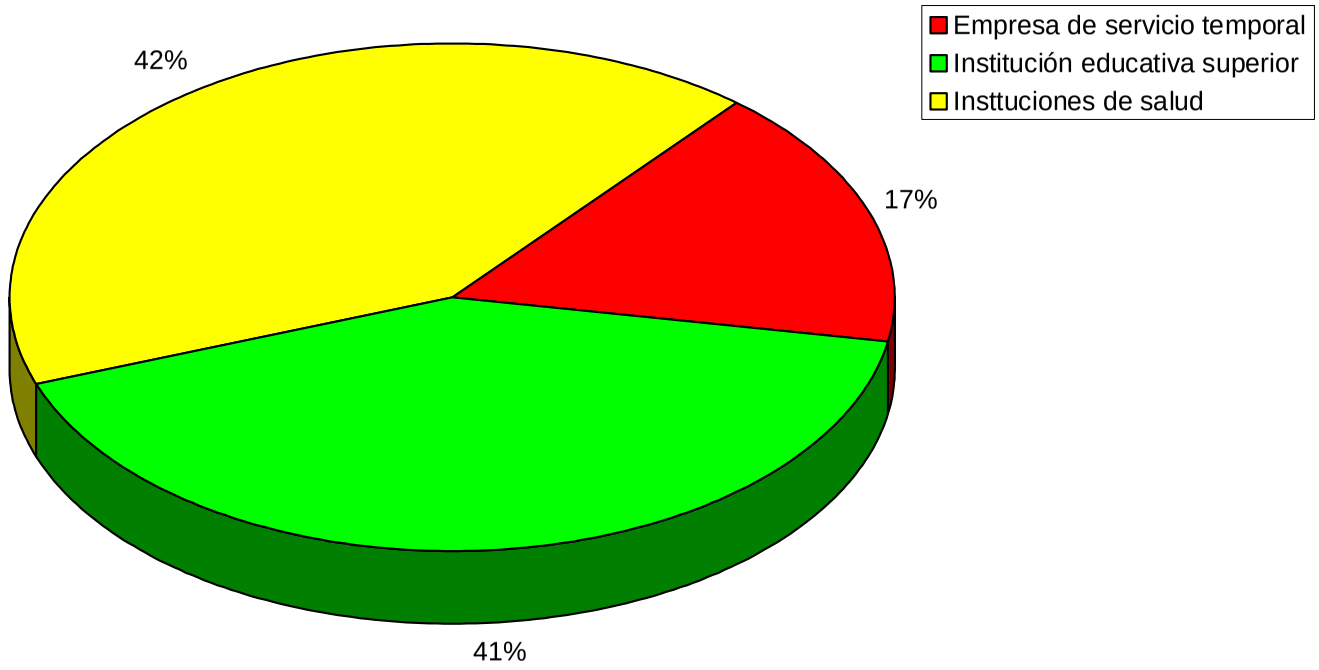


Gráfico 3
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE AT BIOLOGICO EN LA REGIONAL NORTE DE SURATEP S.A. (Barranquilla) Enero 2000 a Octubre de 2002 DISTRIBUCION DE VACUNAS APLICADAS CONTRA TETANOS SEGÚN ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA

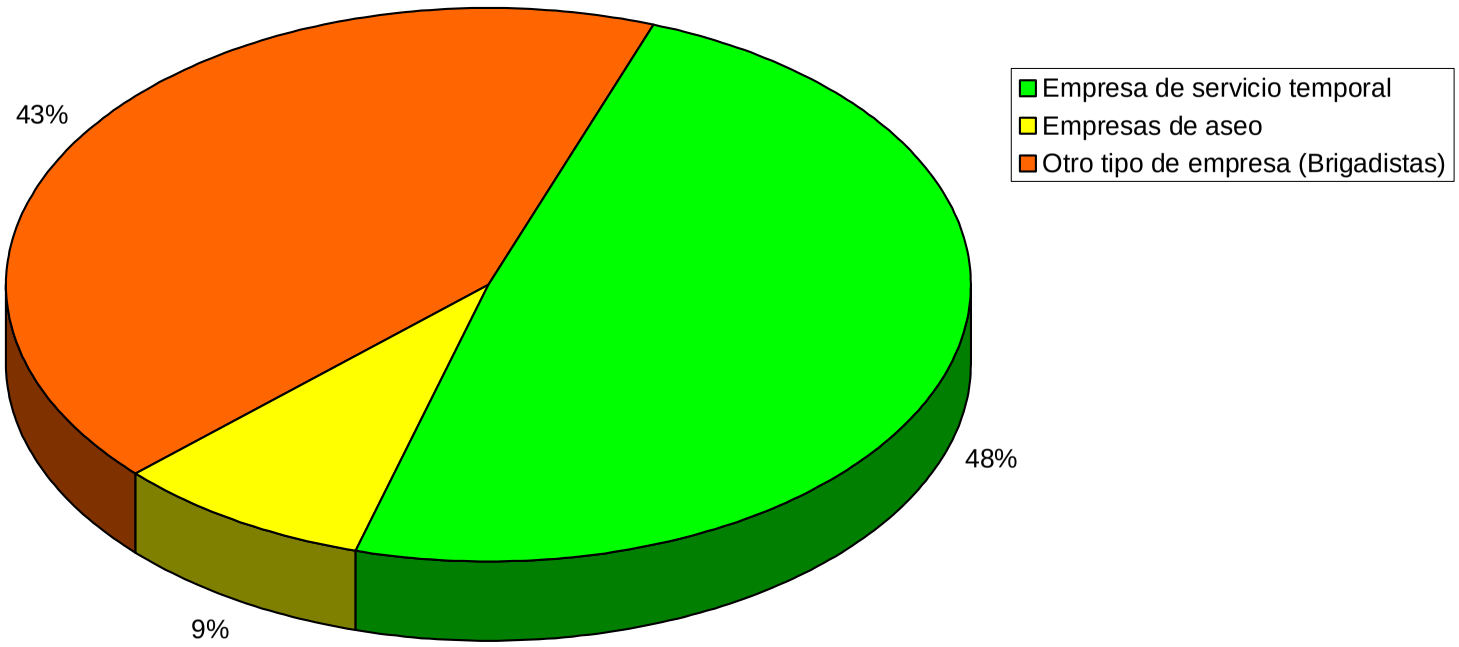
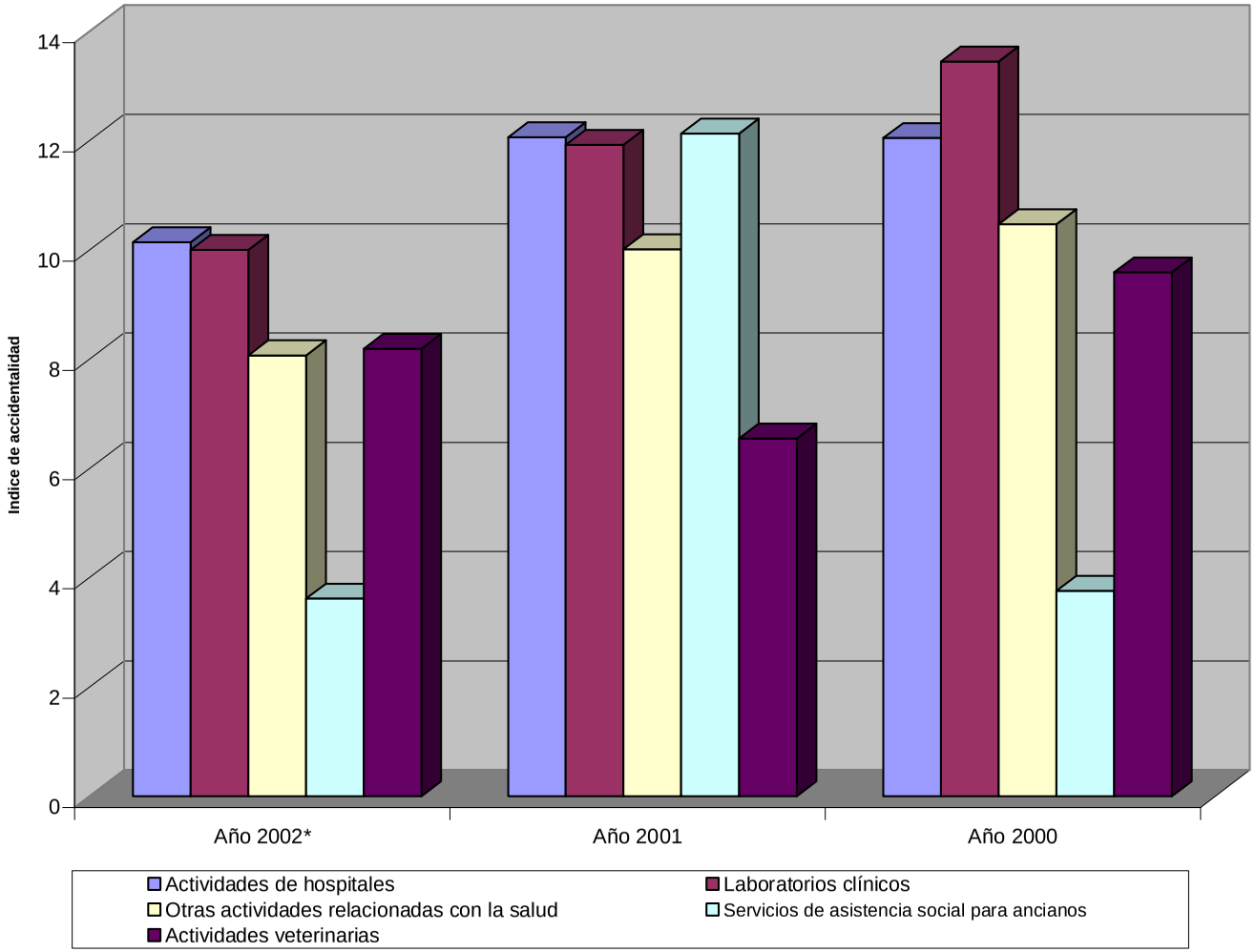


Gráfico 4

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE AT BIOLOGICO EN LA REGIONAL NORTE DE SURATEP S.A. (Barranquilla) Enero 2000 a Octubre de 2002 EVOLUCION DE LA TASA DE ACCIDENTALIDAD EN EXPUESTOS LABORALMENTE AL RIESGO



SURATEP
PREVENCION Y ASISTENCIA EN RIESGOS PROFESIONALES
SURAMERICANA

Gráfico 5
SEGUIMIENTO DE CASOS DE AT BIOLOGICO EN LA REGIONAL NORTE DE SURATEP S.A.
(Barranquilla) Enero 2000 a Octubre de 2002 DISTRIBUCION POR SEXO

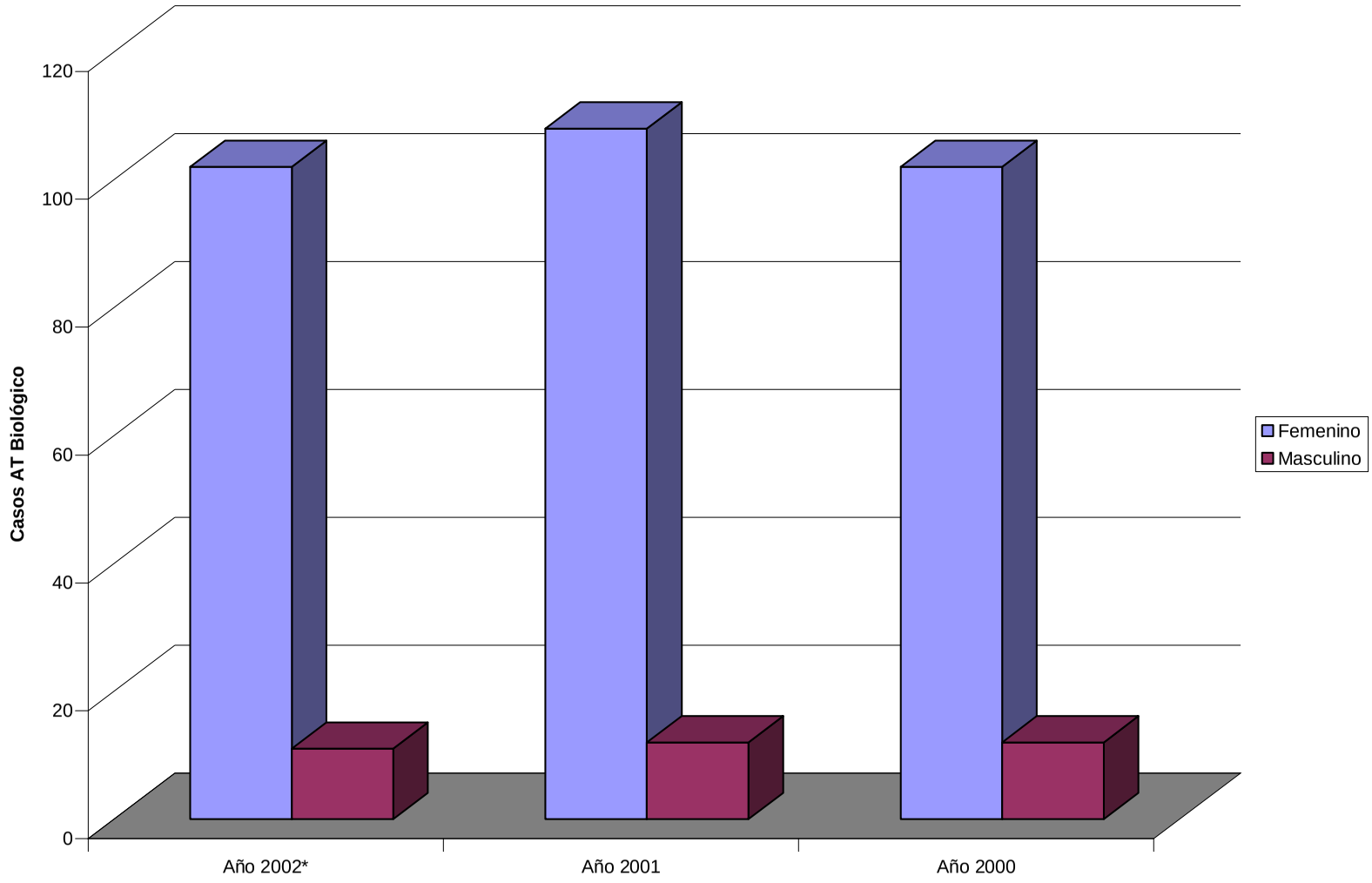


Gráfico 6

SEGUIMIENTO DE CASOS DE AT BIOLOGICO EN LA REGIONAL NORTE DE SURATEP S.A. (Barranquilla) Enero 2000 a Octubre de 2002 DISTRIBUCION POR CARGO

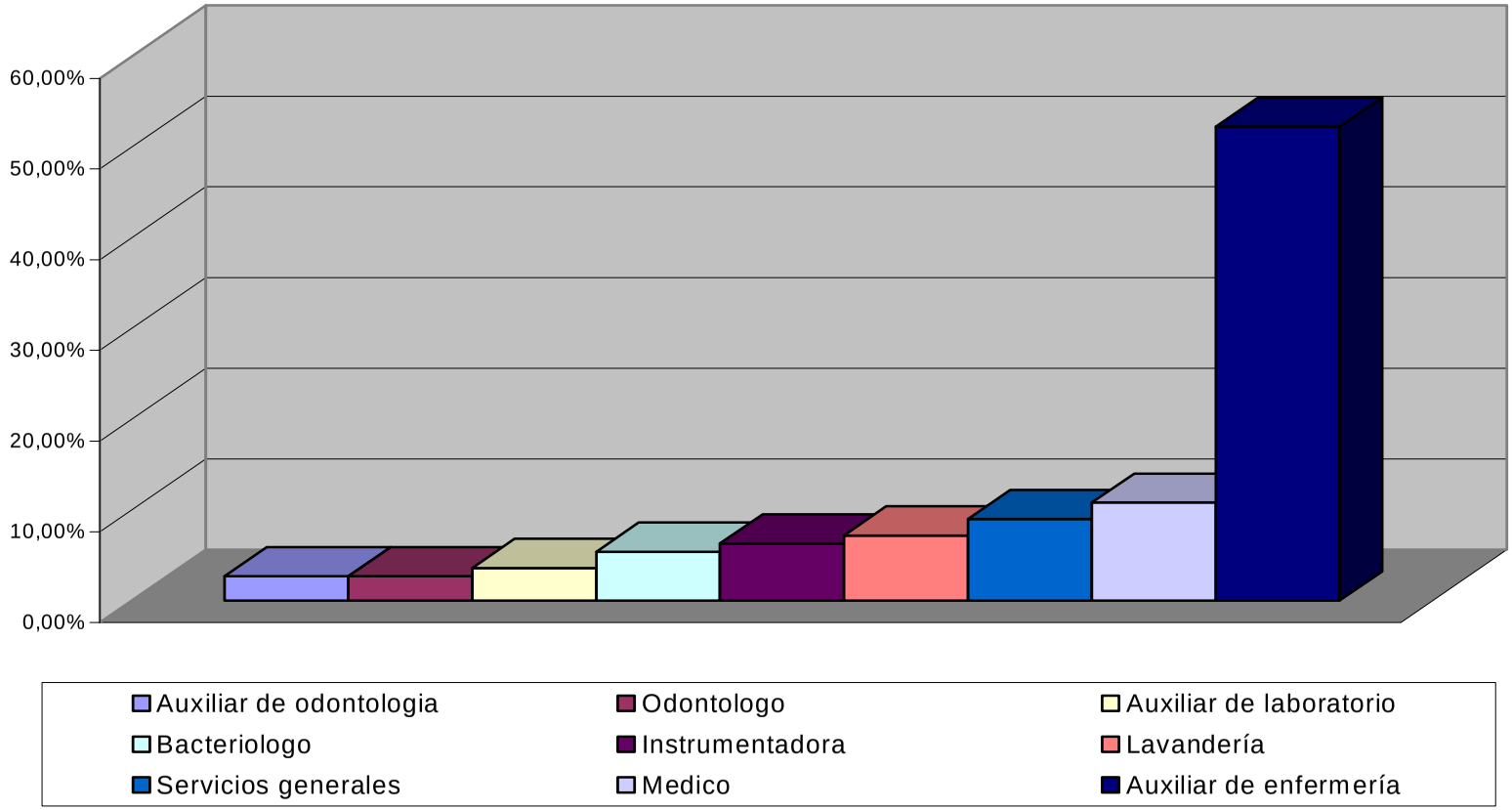


Gráfico 7
SEGUIMIENTO DE CASOS DE AT BIOLOGICO EN LA REGIONAL NORTE DE SURATEP S.A.
(Barranquilla) Enero 2000 a Octubre de 2002 DISTRIBUCION POR TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL DE LA EMPRESA

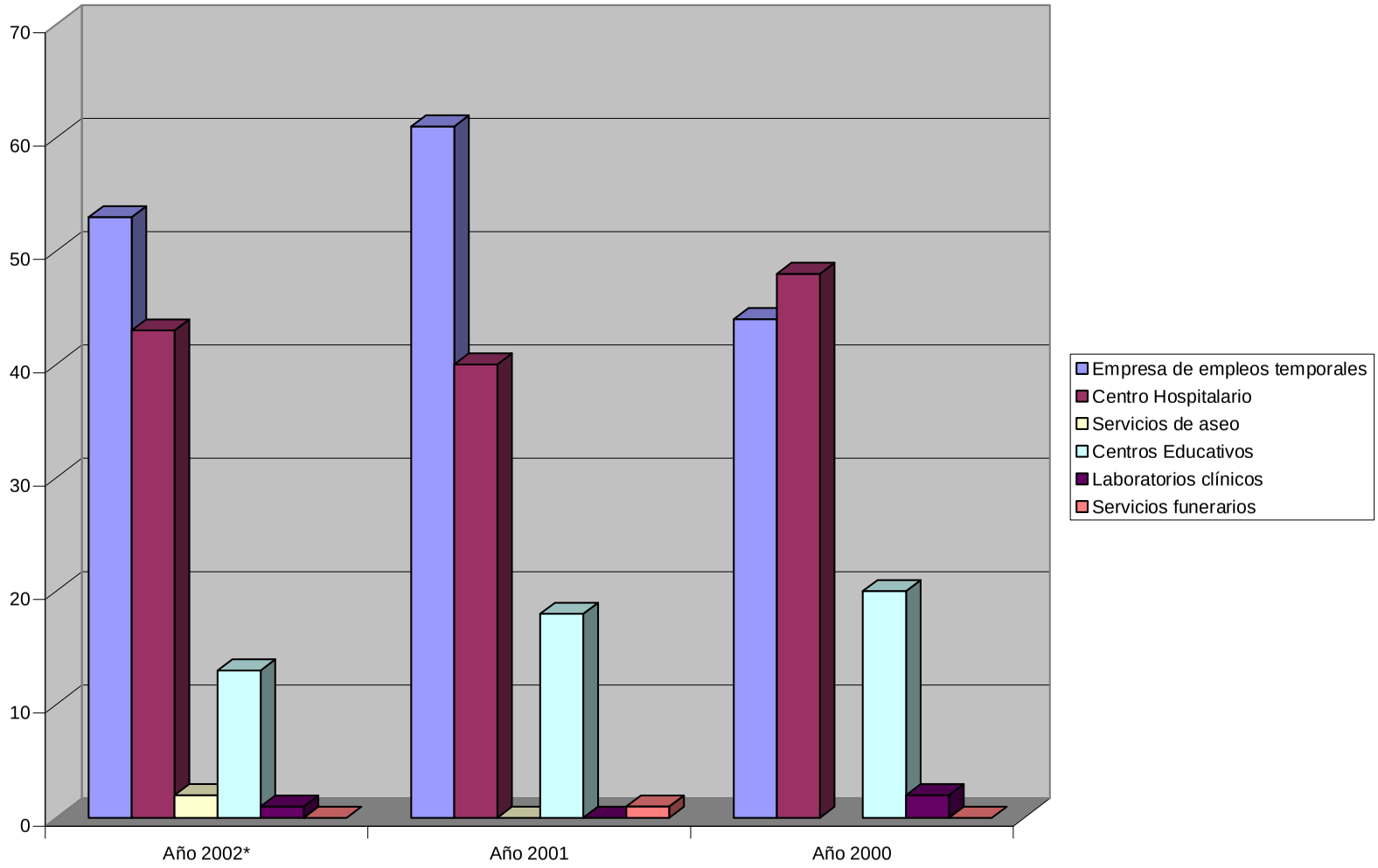


Gráfico 8

SEGUIMIENTO DE CASOS DE AT BIOLOGICO EN LA REGIONAL NORTE DE SURATEP S.A. (Barranquilla) Enero 2000 a Octubre de 2002 DISTRIBUCION POR AREA DEL CUERPO EXPUESTA

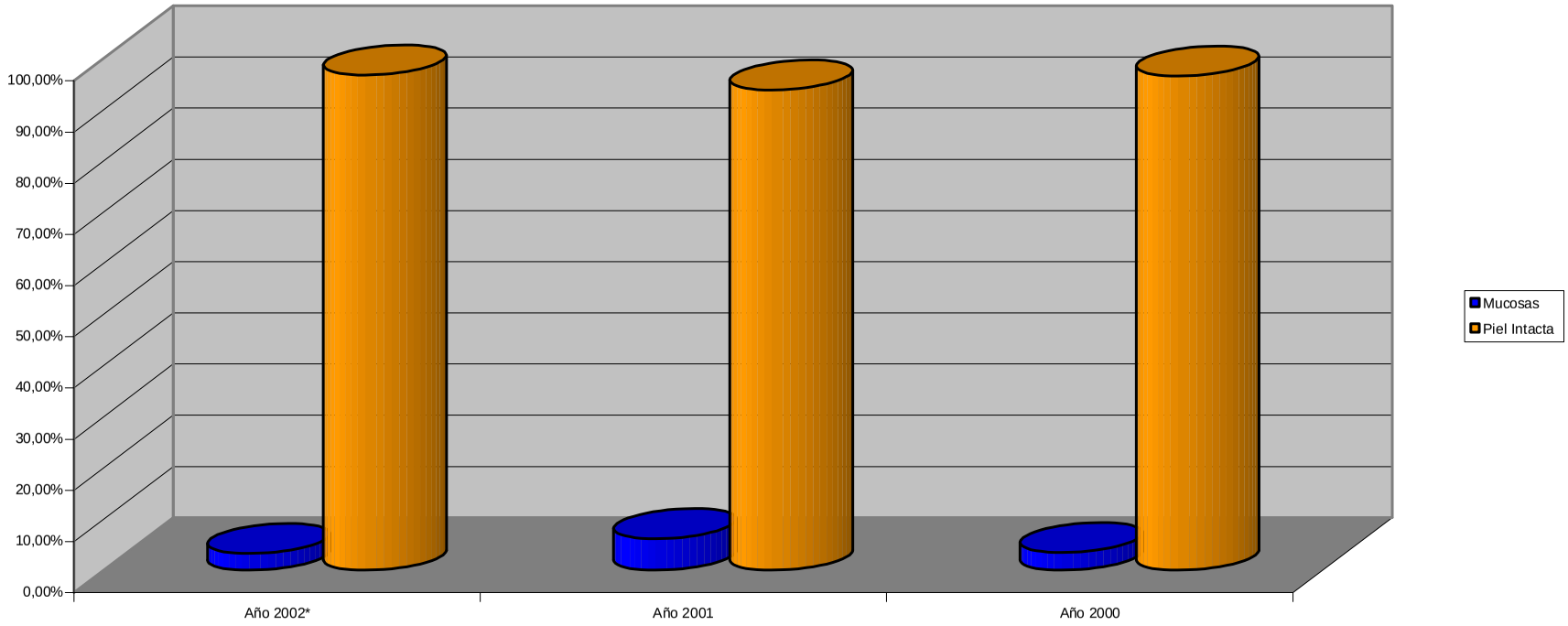


Gráfico 9
SEGUIMIENTO DE CASOS DE AT BIOLOGICO EN LA REGIONAL NORTE DE SURATEP S.A.
(Barranquilla) Enero 2000 a Octubre de 2002 DISTRIBUCION POR TIPO DE LESION CAUSADA

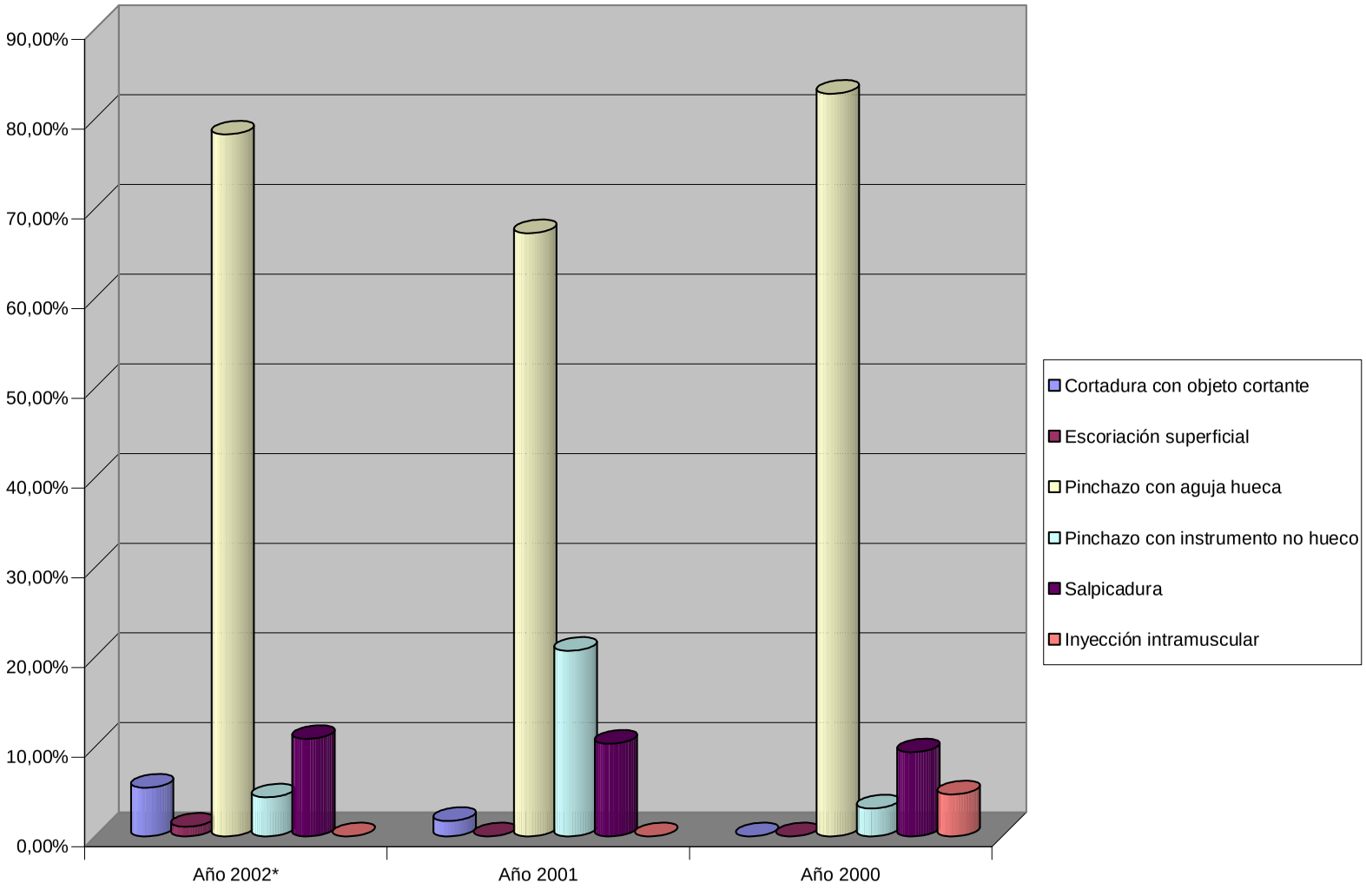
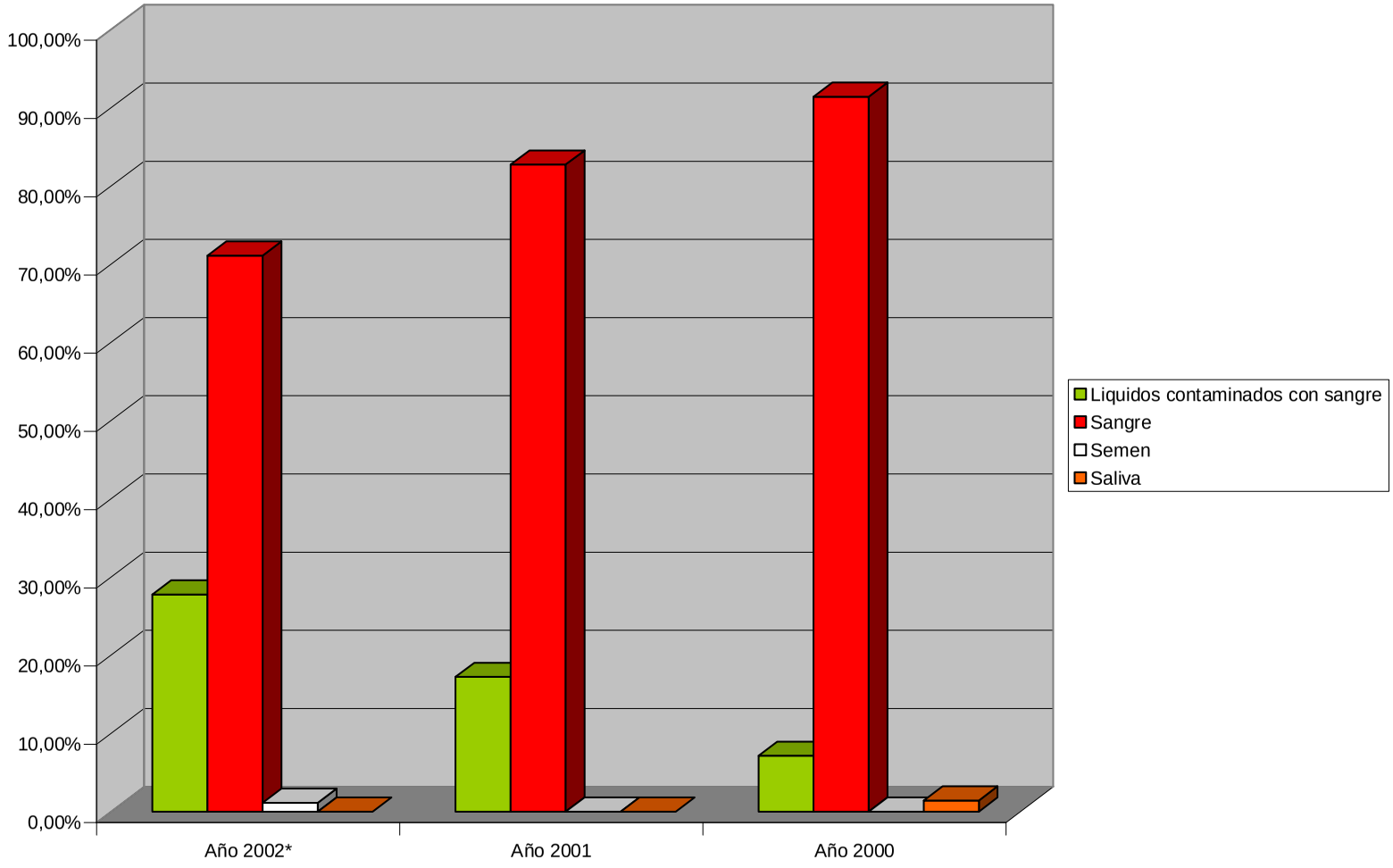


Gráfico 10
SEGUIMIENTO DE CASOS DE AT BIOLOGICO EN LA REGIONAL NORTE DE SURATEP S.A.
(Barranquilla) Enero 2000 a Octubre de 2002 DISTRIBUCION POR TIPO DE FLUIDO INVOLUCRADO



SURATEP
PREVENCION Y ASISTENCIA EN RIESGOS PROFESIONALES
SURAMERICANA

Gráfico 11
SEGUIMIENTO DE CASOS DE AT BIOLOGICO EN LA REGIONAL NORTE DE SURATEP S.A.
(Barranquilla) Enero 2000 a Octubre de 2002 DISTRIBUCION POR CLASIFICACION DEL RIESGO

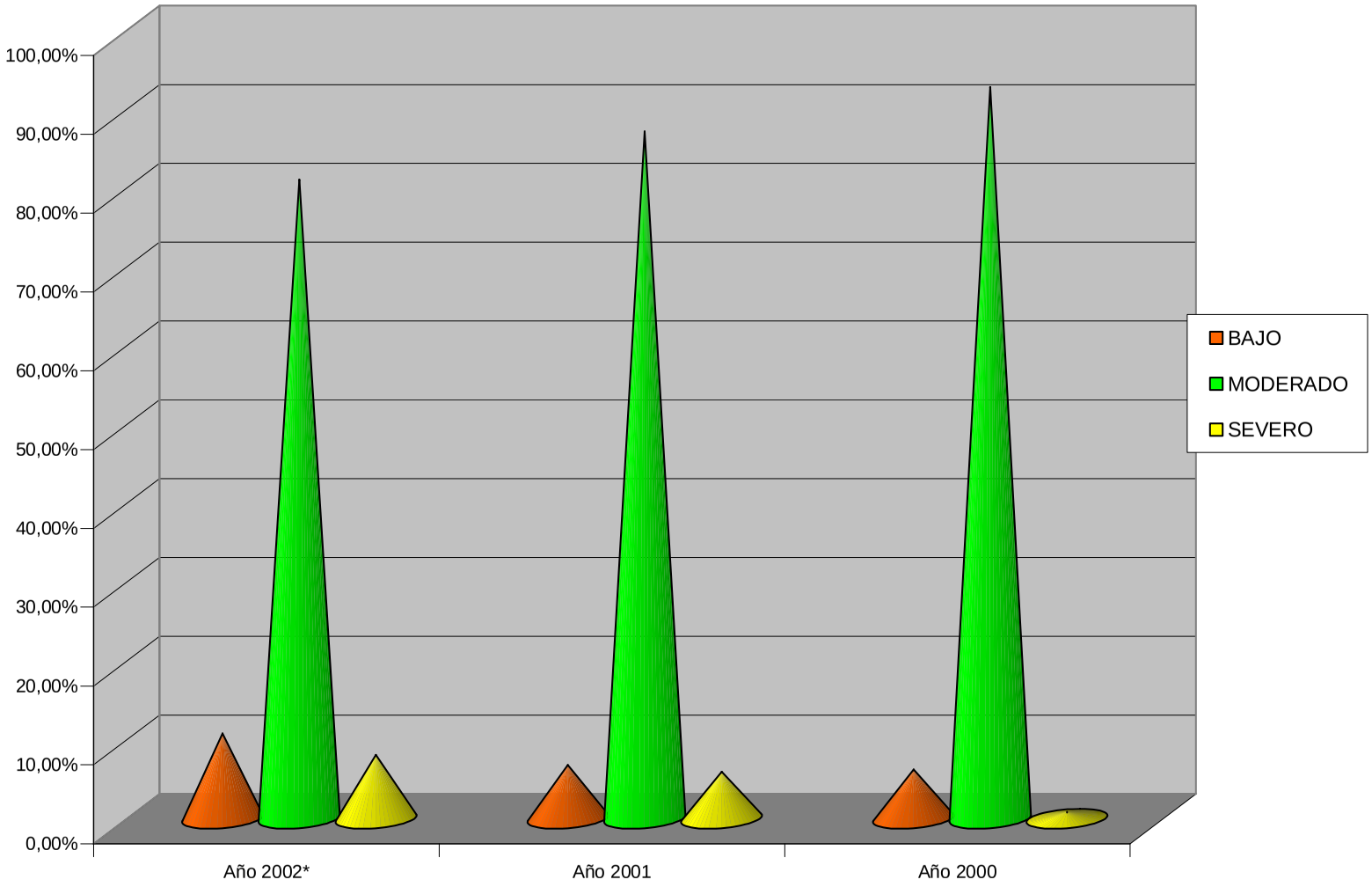


Gráfico 12
SEGUIMIENTO DE CASOS DE AT BIOLOGICO EN LA REGIONAL NORTE DE SURATEP S.A.
(Barranquilla) Enero 2000 a Octubre de 2002 DISTRIBUCION POR CONOCIMIENTO DE LA FUENTE

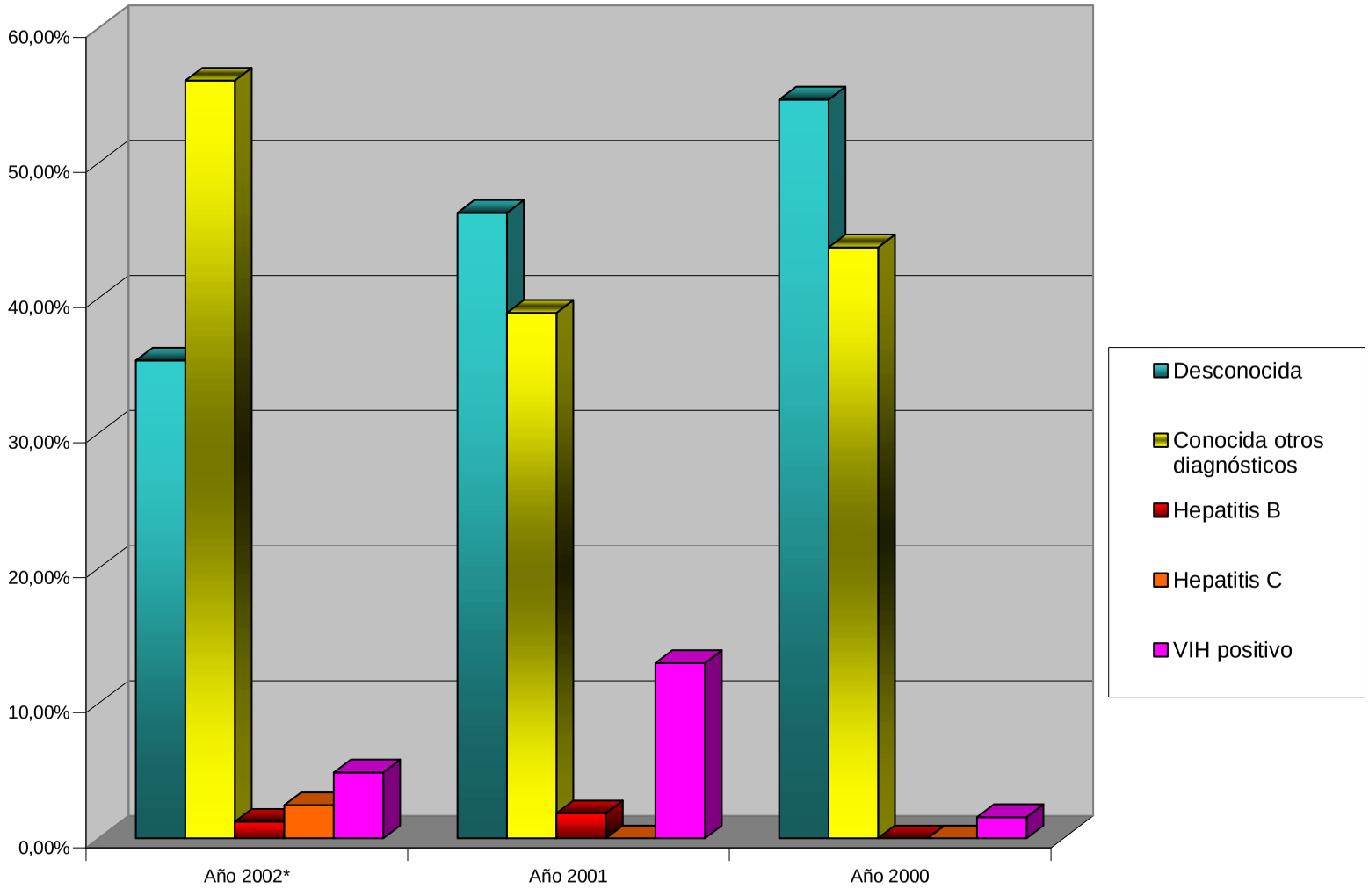


Gráfico 13
SEGUIMIENTO DE CASOS DE AT BIOLOGICO EN LA REGIONAL NORTE DE SURATEP S.A.
(Barranquilla) Enero 2000 a Octubre de 2002 DISTRIBUCION POR VACUNACION CONTRA HEPATITIS B

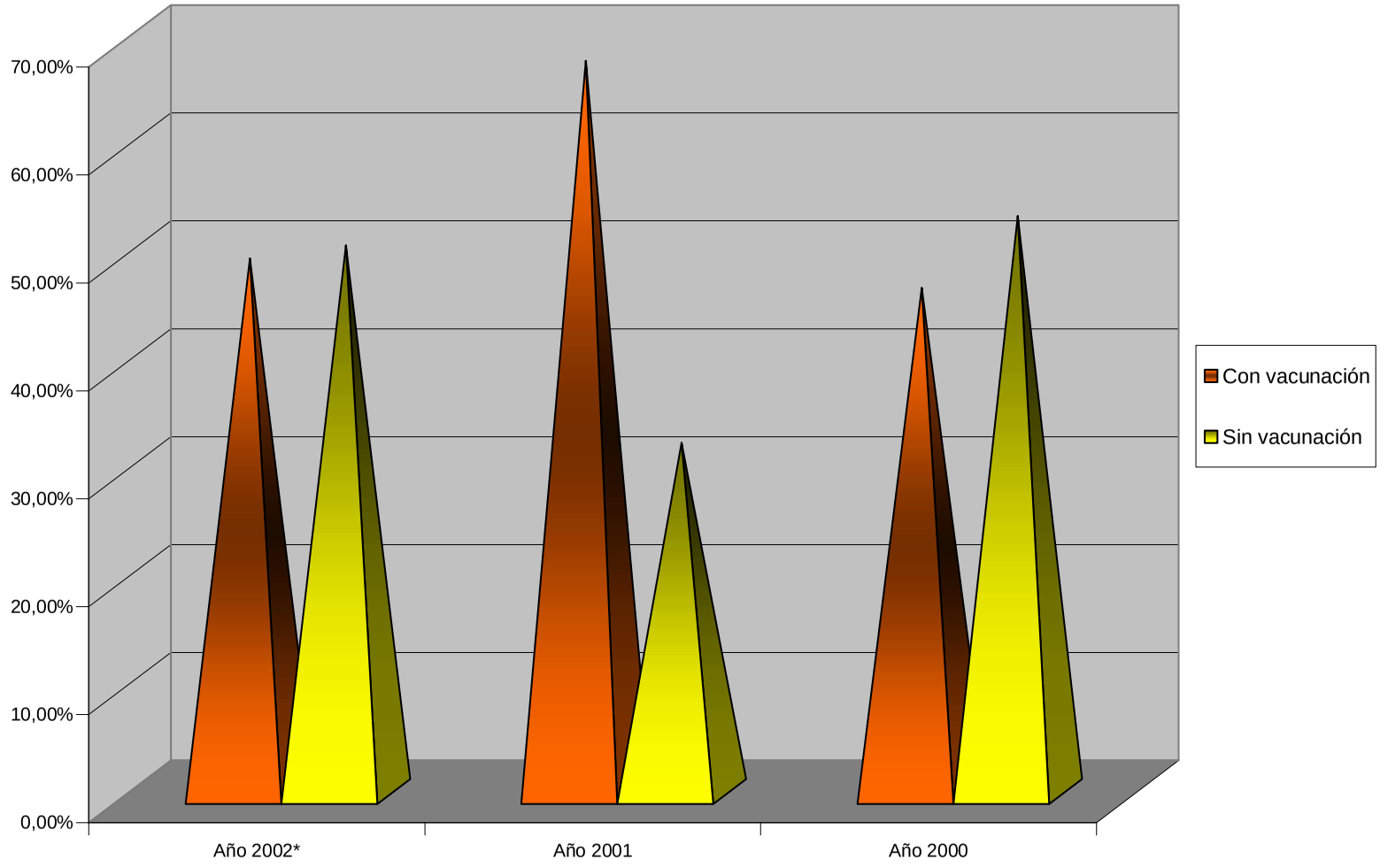
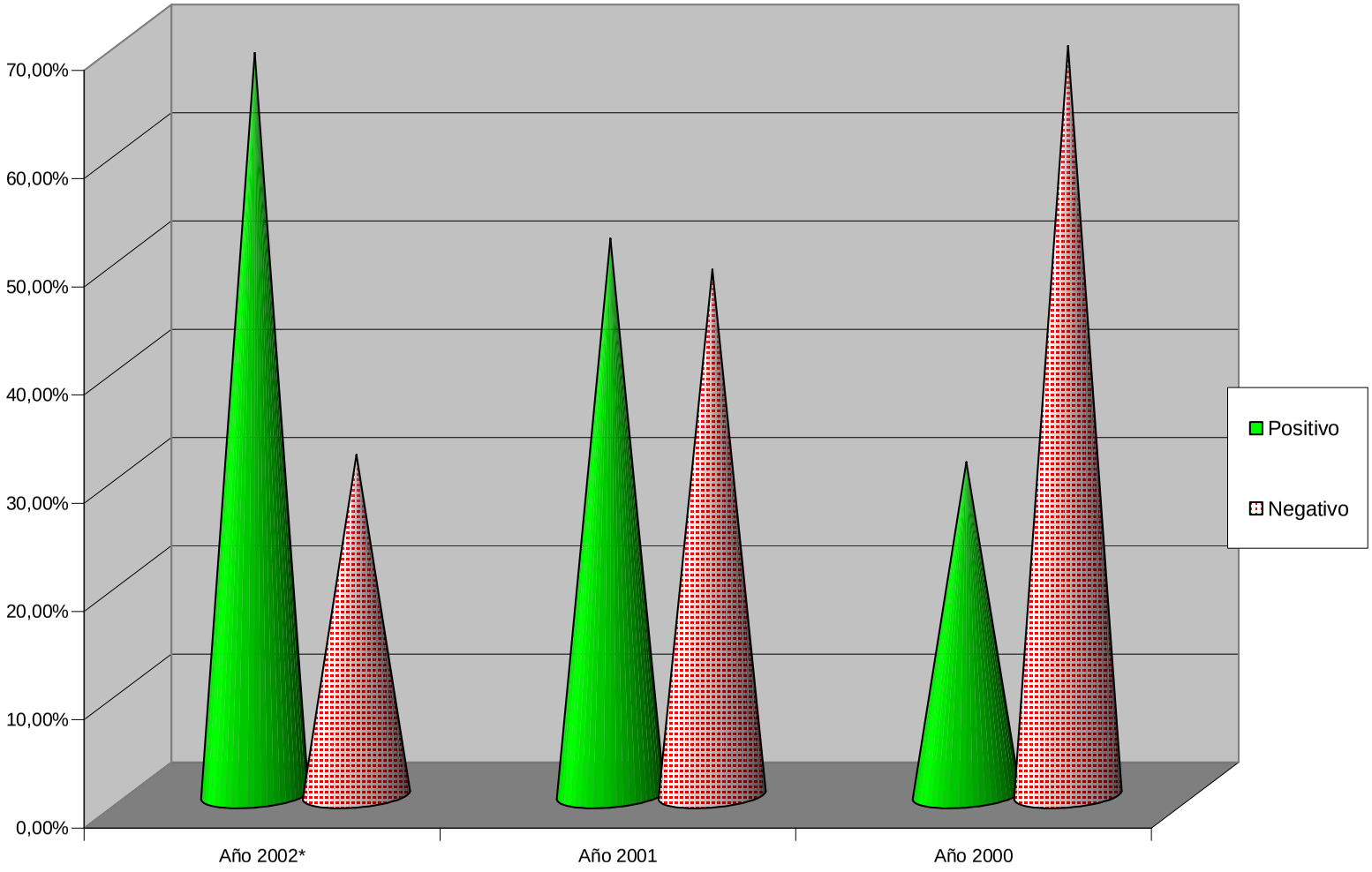


Gráfico 14
SEGUIMIENTO DE CASOS DE AT BIOLOGICO EN LA REGIONAL NORTE DE SURATEP S.A.
(Barranquilla) Enero 2000 a Octubre de 2002 DISTRIBUCION POR RESULTADO DE ANTICUERPOS CONTRA HEPATITIS B



SURATEP
PREVENCIÓN Y ASISTENCIA EN RIESGOS PROFESIONALES
SURAMERICANA

CONCLUSIONES

1. Si bien en Colombia la Hepatitis B es considerada hoy una enfermedad transmisible de gran impacto social, solo hasta 1993 se incluye la vacuna contra esta enfermedad en el PAI, la población adulta actual en especial la población trabajadora expuesta a factor de riesgo biológico carece de esa vacuna; también es de notar que para mantener niveles óptimos de anticuerpos se requieren dosis periódicas de refuerzo.

2. A pesar de haber realizado una vacunación importante contra Hepatitis B en los trabajadores expuestos en cobertura por nuestra ARP, encontramos que un 40 a un 60% de los casos de AT biológico, contaban con vacunación contra Hepatitis B y de ellos un 30% (2002) no tienen niveles adecuados anticuerpos contra la enfermedad.

3. Es alto el índice de accidentalidad de las empresas donde es común encontrar exposición a riesgo biológico, aun cuando la tendencia observada es a la disminución, no deja de ser preocupante y se debe revisar el impacto que esta generando la implementación de los programas de capacitación en materia de prevención del riesgo y la importancia que reviste la problemática para las directivas de éstas empresas.

4. La población mas afectada son mujeres, correspondiendo al tipo de cargo que más registró accidentes (auxiliares de enfermería), en caso de configurarse una enfermedad tipo VIH o Hepatitis como secuela de éstos accidentes, se genera una problemática familiar y social de gran magnitud.

5. La mayoría de los accidentes revisados, fueron clasificados como de moderado riesgo y se realizó seguimiento sin requerirse tratamiento profiláctico, con los recientes cambios en el protocolo, muchos de éstos serían considerados como de alto riesgo y estaría indicado dar tratamiento profiláctico que por las características de sus efectos secundarios generaría días de incapacidad o por lo menos disminución de eficiencia laboral en el afectado; además se incrementan los costos asistenciales.

6. La utilización de elementos de protección personal adecuados, la identificación de la existencia del factor de riesgo real en la fuente, es clave para disminuir el grado de riesgo para éstas patologías; en la

muestra revisada se observa bajo nivel identificación de la fuente, siendo mejor el resultado de éste indicador en lo corrido del año 2002.

7. En la muestra revisada es mayor el índice de accidente con fuente desconocida o siendo conocida, con patologías distintas a SIDA y HEPATITIS lo que podría indicar un desconocimiento real del factor de riesgo entre el personal expuesto además de la poca supervisión en el cumplimiento de los protocolos de seguridad diseñado para la manipulación de TODO TIPO de pacientes y de TODO TIPO de desechos hospitalarios al interior de las instituciones.

8. La actividad de atención en salud es la más afectada seguida de las de aseo en instituciones de salud; el pinchazo con aguja hueca se manifiesta como el mecanismo del accidente más común y la piel el área corporal más afectada.

RECOMENDACIONES

1. Se debe procurar la vacunación contra Hepatitis B de la totalidad de la población expuesta a riesgo biológico, responsabilidad que corresponde a la empresa como parte importante de su actuar en Salud Ocupacional dentro del sub programa de medicina del trabajo que debe desarrollar.

2. El trabajador debe recibir la instrucción completa y adecuada acerca de las normas internacionales de prevención cuando se tiene contacto con pacientes o con líquidos de alto riesgo, instrucción que debe ser validada a través de talleres y reforzada a través de una supervisión efectiva de la actividad diaria, procurando que las conductas seguras se conviertan en parte integral de su forma de vida.

3. Se debe reforzar la implementación del programa CERO ACCIDENTES en las instituciones de salud donde exista personal afiliado a nuestra ARP.

4. Se debe reforzar la realización de las pruebas de laboratorio recomendadas a la fuente que es conocida : VIH, antígenos para Hepatitis B y en los casos indicados anticuerpos para Hepatitis C (paciente con historia de hemodiálisis, transfusiones, hepatopatías previas, antecedentes de drogadicción o fuerte sospecha de ella), costos que son asumidos por la ARP y buscan aclarar el riesgo de exposición y definir mejor el manejo a seguir.

5. La utilización de los elementos de protección personal adecuados y con disponibilidad permanente de los mismos, es parte fundamental en la disminución del grado de riesgo en caso de AT biológico y es parte fundamental junto con la capacitación e implementación de los protocolos de seguridad de la gestión realizada por la empresa y que le sirve de defensa en caso de una demanda civil por accidente de trabajo asociado a este factor de riesgo.

6. Dentro de Programa de Salud Ocupacional de las empresas donde el trabajador este expuesto a factor de riesgo biológico, se debe tener en cuenta realizar una determinación de anticuerpos contra hepatitis B en las personas que han completado el esquema de vacunación para poder garantizar la efectividad de la misma; al personal nuevo sin vacunación, se debe suministrar el esquema completo, también se tienen que definir los criterios para colocar refuerzos de dicha vacuna necesarios en el personal expuesto.