



La cirugía en el paciente con anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana

E. Canalís y J. Pac

Hospital Clínico y Provincial de Barcelona y Hospital de Cruces-Baracaldo.

La pandemia del SIDA ha dado lugar a que el cirujano torácico tenga que resolver nuevos problemas en relación con esta enfermedad. Cada vez con mayor frecuencia practicamos exploraciones quirúrgicas diagnósticas y pronósticas, que hacen cambiar a veces la calificación del paciente de mero portador de anticuerpos a enfermo de SIDA, así como intervenciones para resolver complicaciones torácicas del síndrome (tabla I). Entre las primeras destacan la mediastinoscopia (biopsia de adenopatías o masas mediastínicas accesibles mediante esta técnica) y la biopsia pulmonar por minitoracotomía (filiación de neumopatías difusas no diagnosticadas por otros medios)^{1,2} y entre las segundas, el drenaje pleural (tratamiento con neumotórax y empiema) y la toracotomía (desbridamiento de empiemas, resección de tumores y resolución de diversas complicaciones)³⁻⁶. Hay que mencionar, sin embargo, que la revisión crítica de algunos casos comunicados abre dudas sobre la relación causa-efecto entre el SIDA y algunas de las supuestas complicaciones sufridas por ciertos enfermos.

En efecto, casi cualquier patología torácica puede presentarse como un epifenómeno en portadores de anticuerpos del VIH. Un individuo seropositivo puede sufrir neumotórax por enfisema bulloso localizado o desarrollar un carcinoma bronquial lo mismo que un no portador de anticuerpos. Esto nos lleva al tercer tipo de actuación del cirujano torácico: el diagnóstico y/o tratamiento quirúrgico de afecciones que puede padecer un portador de VIH, desde los traumatismos torácicos a las neoplasias, pasando por cualquier tipo de infección o infestación pulmonar o torácica en general.

Llegados a este punto, ya definido en esquema cual es el ámbito de intervención del cirujano, orientaremos el resto de este artículo de un modo general, tratando algunos temas controvertidos. De hecho, queremos aprovechar el foro que nos ofrece este número monográfico para divulgar las conclusiones a que ha llegado el comité especial sobre SIDA de la

Society of Thoracic Surgeons (STS) americana; la mayoría de ideas que expresaremos a continuación no son originalmente nuestras, pues recogen sobre todo las opiniones del mencionado comité de expertos⁷ y algunos de sus miembros por separado, aunque con mayor detalle o elaboración⁸ (tabla II).

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida y el cirujano torácico

El SIDA provoca una respuesta emocional intensa y peculiar desde el punto de vista social. Los enfermos sufren una especial discriminación en escuelas, empresas e incluso hospitales. Para intentar evitar la falta de equidad en esas situaciones, han aparecido leyes que favorecen la igualdad de derechos, la dignidad y la confidencialidad, de modo que en ocasiones interfieren con la labor sanitaria; por ejemplo, en California no se puede pedir una determinación de anticuerpos sin un consentimiento informado por parte del paciente; en Inglaterra, la decisión por parte de los cirujanos de solicitar análisis a pacientes sospechosos de ser portadores del virus, sin el consentimiento explícito de éstos en caso de sufrir algún incidente en el curso de una intervención quirúrgica que pudiera provocar algún contagio, ha provocado la advertencia por la Asociación Médica Británica de que los cirujanos pueden incurrir en una grave vulneración de los derechos del paciente e incluso acabar ante los tribunales por difamación.

Los médicos, por tanto, nos vemos gravemente involucrados en el problema social del SIDA y ello da lugar incluso a una diversidad de opiniones que van desde intentar desdramatizar y minimizar la importancia del tema hasta negarse a operar —lo cual puede disfrazarse exagerando las contraindicaciones de la cirugía.

Lo cierto es que hay múltiples temas que nos preocupan como cirujanos torácicos: 1) los problemas de confidencialidad que puede provocar la determinación rutinaria de anticuerpos del VIH, 2) el problema ético de rechazar el tratamiento por el miedo al riesgo



TABLA I
Pacientes VIH (+) tratados en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital de Cruces (1988-1990)

Paciente	Edad	Sexo	Diagnóstico preoperatorio	Técnica quirúrgica	Anatomía patológica o cultivo
1	23	V	Osteocondritis+absceso pared	Desbridamiento	Estafilococo
2	21	M	Empiema pleural D.	Drenaje pleural	Neumococo
3	30	V	Adenopatías mediastínicas	Mediastinoscopia	Tejido fibroconectivo adiposo y ganglionar sin alteraciones
4	24	V	Adenopatías mediastínicas	Mediastinoscopia	Infiltración celular histiocítica reactiva/neoplasia?
5	36	M	Neumotórax yatrógeno I.	Drenaje pleural	Tuberculosis
6	22	V	Masa mediastínica	Mediastinoscopia	Enfermedad de Hodgkin
7	29	M	Empiema pleural I.	Drenaje pleural	Tuberculosis
8	23	V	Empiema pleural D.	Drenaje pleural	Estreptococo
9	26	V	Masa mediastínica	Mediastinotomía anterior	Enfermedad de Hodgkin
10	26	V	Empiema pleural subagudo	Decorticación pleuropulmonar	Corticopleuritis. Cultivo (-)
11	25	V	Adenopatías mediastínicas Síndrome Guillain-Barré	Mediastinoscopia	Linfoadenitis granulomatosa necrotizante masiva

TABLA I
Recomendaciones del Comité sobre SIDA de la Society of Thoracic Surgeons⁷

1	Tratar de identificar, antes de efectuar cirugía mayor electiva, qué pacientes son VIH (+) mediante test voluntario. Al hacerlo, procurar cumplir las normas de confidencialidad y/o autorización informada (*)
2	Aplicar las precauciones universales contra la exposición a sangre y otros fluidos corporales en el quirófano y en el resto del hospital, se conozca o no la seropositividad
3	Trabajar para la suavización de las restricciones actuales sobre las pruebas de detección de anticuerpos VIH, para que podamos conocer mejor a) los riesgos de la transmisión del VIH b) la influencia de la seropositividad sobre los resultados del tratamiento de otros procesos patológicos c) la posibilidad de que la cirugía acelere el desarrollo del SIDA en pacientes VIH (*)
4	Animar a los laboratorios para que aceleren el proceso de determinación de anticuerpos del VIH

(*) Estos aspectos son especialmente delicados en los Estados Unidos.

de contagio, 3) la posibilidad de que la cirugía empeore el curso de la enfermedad, por la inmunodepresión que conlleva, 4) la peor respuesta al tratamiento quirúrgico debido a la afectación por el VIH, 5) los riesgos médico-legales de la transmisión del VIH a pacientes no afectados por la administración de sangre y hemoderivados durante o después de la intervención, o a partir del personal sanitario portador de anticuerpos del VIH.

Aunque la limitación de este artículo no nos permite desarrollar todas estas cuestiones, si vamos a intentar profundizar en algunas de ellas.

Riesgo para el cirujano a partir del enfermo

Hasta octubre de 1990 se notificaron en Estados Unidos 154.917 casos de SIDA⁹. Se estima además que hay algo más de un millón de VIH positivos. Un 5 % de los casos de SIDA se dio entre el personal sanitario, si bien éste representa también el 5 % de la población activa. Si nos fijamos en el grupo de enfermos de SIDA de riesgo indeterminado, es decir, no incluidos en ningún grupo de riesgo conocido, éste representa un 6 % en el personal sanitario afectado y un 3 % en el resto de la población activa; considerando además que hay varias causas de indeterminación (investigación aún incompleta, rechazo a ser interrogados, muerte antes de finalizar el estudio, etc) no puede concluirse que haya un riesgo especial por el hecho de trabajar en la sanidad.

Según la misma fuente, hasta julio de 1990 se habían registrado 24 seroconversiones para VIH entre los trabajadores sanitarios norteamericanos tras una exposición ocupacional. Otros 13 han alegado seropositividad por transmisión laboral, sin que se haya podido precisar su autenticidad, lo que siendo generosos nos haría considerar 37 casos de transmisión laboral. Desde otro punto de vista, el seguimiento de 3.978 pinchazos accidentales con agujas contaminadas con sangre VIH positiva ha detectado seroconversión en 13 personas (0,33 %)^{10, 11}. Ninguna de las seroconversiones detectadas se produjo tras un accidente en el quirófano. De todos modos, es posible que muchos accidentes en quirófano no se lleguen a comunicar, en parte porque en el quirófano suele desconocerse la condición de VIH positivo (urgencia, no solicitud de pruebas preoperatorias de rutina, etc).

También es cierto que en el quirófano hay un riesgo elevado de exposición a sangre VIH positiva a través de piel y mucosas. Por lo menos se sabe que la exposición del personal de quirófano a sangre del paciente a



través de salpicaduras o agujeros en los guantes puede llegar al 6,4 % del total de las operaciones, y que se producen pinchazos con agujas y/o cortes en el transcurso de un 1,7 % de las mismas¹².

Lo anteriormente expuesto justificaría el adoptar medidas de profilaxis local tras una punción o corte accidentales (infiltración local con povidona yodada, cauterización o incluso escisión local del área afectada)¹³ e incluso profilaxis sistémica¹⁴. Los hospitales deberían disponer de protocolos de actuación concretos para cuando se produzcan estas situaciones y no limitarse a recomendar que simplemente se comuniquen los posibles accidentes.

Riesgo para los pacientes a partir de cirujanos portadores

Se ha comunicado recientemente el caso de un dentista enfermo de SIDA que continuó trabajando y probablemente contagió a uno de sus pacientes⁸. Se han publicado también datos sobre tres cirujanos que han continuado trabajando tras haber sido diagnosticados de SIDA, sin que se haya detectado contagio alguno a sus pacientes¹⁵⁻¹⁷.

Desde luego, no sabemos que haya en ningún país una regulación restrictiva en cuanto al ejercicio profesional en casos parecidos, pero es evidente que hay un choque entre el derecho a la confidencialidad y el libre ejercicio por parte del cirujano y el derecho de los pacientes a conocer el riesgo potencial de sufrir una contaminación a partir del cirujano. Probablemente será la jurisprudencia, a que den lugar los posibles accidentes que se vayan produciendo, la que tienda a regular este tipo de situaciones.

Negativa de tratamiento a un portador

Se acepta tradicionalmente la libertad de admitir o no al paciente por parte del médico. Esto parece deseable a nivel genérico, pues junto a la posibilidad de elección de médico por el enfermo, define una relación médico-enfermo basada en la libertad. Por ejemplo, un médico puede negarse a tratar a un paciente por considerar que la patología que padece, o las técnicas que han de aplicarse, escapan al ámbito de su formación. Pero todos los códigos deontológicos condenan el rechazo a la atención del enfermo porque éste no pueda pagar al médico, porque al médico no le guste el paciente o porque tenga miedo de la enfermedad del enfermo. De hecho, a lo largo de toda la historia los médicos han sido capaces de superar ese miedo, que casi siempre ha sido fundado. El SIDA no es, aún hoy, la única enfermedad que entraña riesgo para el cirujano.

Para concluir, diremos que no debe permitirse que posibles sentimientos de rechazo, de tipo social o por fobia a la enfermedad jueguen papel alguno en el proceso de toma de decisiones diagnósticas y/o terapéuticas en el ámbito de la cirugía torácica. Eso sí, debemos adquirir hábitos que nos protejan del riesgo de contaminación, no sólo cuando sabemos que el

paciente es portador, sino en todos los casos. Para ello debemos extremar las precauciones universales conocidas respecto a la sangre y el resto de los fluidos corporales de nuestros pacientes. Debemos procurar también que en nuestros hospitales haya protocolos que contemplen la actitud a seguir cuando se producen accidentes, no sólo en el quirófano, sino en todo el centro sanitario. En definitiva, hacer nuestras las recomendaciones del Comité sobre SIDA de la STS tendría efectos beneficiosos tanto para nosotros como para los enfermos que tratamos.

Agradecimientos

A Elvira Pujadas y Laura Rius, secretarías de Cirugía Torácica de los hospitales de Cruces y Clínico respectivamente, por su entusiasta colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller JI. The thoracic surgical spectrum of acquired immune deficiency syndrome. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1986; 92:977-980.
2. Bonfils-Roberts EA, Nickodem A, Nealon TF et al. Retrospective analysis of the efficacy of open lung biopsy in acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Thorac Surg* 1990; 49:115-117.
3. Velly JF, Lefevre D, Curtet M, Couraud L. Two cases of pulmonary excision in patients with acquired immunodeficiency syndrome. What is the role of surgery in AIDS? *Ann Chir* 1989; 43:142-146.
4. Beers MF, Sohn M, Swartz M. Recurrent pneumothorax in AIDS patients with pneumocyst pneumonia. A clinicopathologic report of three cases and review of the literature. *Chest* 1990; 98:266-270.
5. Byrnes TA, Brevig JK, Yeoh CB. Pneumothorax in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1989; 98:546-550.
6. Adkins MS, Raccuia JS, Acinapura AJ. Esophageal perforation in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Thorac Surg* 1990; 50:299-300.
7. Stiles QR, Carey JS, Clark RE, Frater RWM, Thurer RJ. The Society of Thoracic Surgeons Ad Hoc Committee on AIDS. Report to memberships. *Ann Thorac Surg* 1989; 47:946-948.
8. Stiles QR. Human immunodeficiency virus and the thoracic surgeon. *Ann Thorac Surg* 1991; 51:341-343.
9. HIV/AIDS Surveillance: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Infectious Diseases. Noviembre 1990.
10. Marcus R and the CDC Cooperative Needlestick Surveillance Group. Surveillance of health care workers exposed to blood from patients infected with human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1988; 319:1.118-1.123.
11. Beekman SE, Fahey BJ, Gerberding JL, Henderson DK. Risky business: using necessarily imprecise casualty counts to estimate occupational risk for HIV-1 infection. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1990; 11:371-379.
12. Gerberding JL, Littrell C, Tarkington A. Risk of exposure of surgical personnel to patients' blood during surgery at San Francisco General Hospital. *N Engl J Med* 1990; 322:1.788-1.793.
13. Robicsek F, Duncan GD, Masters TN, Robicsek SA, Rice HE. Can AIDS be prevented after injury with contaminated instruments? *Ann Thorac Surg* 1990; 49:984-986.
14. Henderson DK, Gerberding JL. Prophylactic zidovudine after occupational exposure to the human immunodeficiency virus: an interim analysis. *J Infect Dis* 1989; 160:321-327.
15. Sacks JJ. AIDS in a surgeon. *N Engl J Med* 1988; 313:1.017-1.018.
16. Porter JD, Cruickshank JG, Gentle PH, Robinson RG, Gill ON. Management of patients treated by surgeon with HIV infection. *Lancet* 1990; 1:113-114.
17. Mishu B, Shaffner W, Horan JM. A surgeon with AIDS. Lack of evidence of transmission to patients. *JAMA* 1990; 264:467-470.