

nal del servicio conozca la marcha del proyecto e, incluso, que se le consulte sobre cuestiones de la nueva organización, para promover en ellas actitudes positivas, y hacer que se sientan parte de un proyecto común. De esta manera verán, incluso antes de la implantación del nuevo sistema, como se van resolviendo pequeñas dificultades, y la curiosidad y la ilusión de crear un sistema más perfecto jugará un importante papel en favor del éxito.

Habrà que cuidar que la formación se impartiera a todos los que deban estar interesados en el sistema sin que existan desequilibrios. Es bastante frecuente que, al principio, en un grupo «virgen» en cuestión de conocimientos o, simplemente, de terminología informática, destaque demasiado uno de ellos, produciendo, de rechazo, una inhibición en el resto, que se debe procurar evitar.

Más adelante, cuando, como usuarios, todos los miembros del servicio tengan una experiencia mínima del manejo del sistema, siempre habrá alguno que, por estar especialmente interesado en esta nueva técnica, destaque de los demás sin perjuicio para ellos.

PROBLEMAS DE CONFIDENCIALIDAD

La posible vulneración de la confidencialidad suele ser uno de los argumentos tópicos que se utiliza con más frecuencia contra la informatización de datos clínicos. No obstante, pienso que este tipo de argumentos carece, en absoluto, de justificación.

Los sistemas informáticos pueden y deben tener claves restrictivas de acceso a los diferentes niveles de información, con el fin de categorizar a las personas que accedan a ella. Estas claves pueden ser tantas y tan complicadas como queramos imaginar y, además, existe la posibilidad de cambiarlas siempre que se desee.

En un plano estrictamente teórico, no puede

negarse la posibilidad de que una persona muy experta, con tiempo suficiente y con bastante suerte, pudiera llegar a acceder a algún tipo de información reservada. Sin embargo, tal posibilidad precisaría de la conjunción de muchos más factores de los que sería necesario para violar las instalaciones de un SME en el que los expedientes médicos del personal tuvieran por toda custodia la cerradura de un fichero y, a lo sumo, otra cerradura en una puerta.

En ambos casos estamos imaginando una acción claramente delictiva, perfectamente tipificada en el Código Penal.

Yo creo que los médicos del trabajo debemos custodiar la información que nos han confiado nuestros trabajadores, de un manera racionalmente aceptable, sin que nos alcance otro tipo de responsabilidad en casos como el que hemos imaginado.

En términos llanos podemos decir que *ójala cualquier información reservada se guarde como puede guardarse en un ordenador.*

Sin embargo, y dejando aparte posibles actos delictivos contra la información que nos han confiado nuestros pacientes, pienso que sí debemos extremar el estricto control médico de tales datos frente a presiones sutiles dentro de la empresa. Para ello es preciso que el Jefe del SME sea el Gestor de la Base de Datos Clínicos del Personal. Esta habrá de ser la única e irrenunciable condición de un Jefe de Servicio Médico para que la información clínica se informatice.

En una empresa, prácticamente todas las actividades de direcciones o departamentos se realizan por delegación de la dirección general y, en consecuencia, el gestor último de las bases de datos es el propio Director General. Sin embargo, el Médico del Trabajo actúa también de forma delegada, pero no del director de la empresa sino de los propios trabajadores, por lo que el Gestor de esta Base de Datos Médicos procedentes de muchas individualidades habrá de ser él y sólo él.

«SIDA» RIESGO LABORAL EN PERSONAL DE ENFERMERIA

E. TOVAR BENITO * e I. RUIZ SANCHEZ

El continuo y constante aumento de los casos de SIDA, su extensión cada vez mayor a todo tipo de personas de muy diversa condición y clase social, más allá de los considerados como grupos de alto riesgo en la infección de esta novedosa enfermedad —homosexuales, drogadictos y hemofílicos— hace que cada día sea más y mayor la cantidad de personas que requieren una atención médica en consulta externa, atención primaria u hospitalización. Ello obliga al personal sanitario de todas las categorías, y en especial al personal de enfermería, a un constante cuidado en su relación con cualquier tipo de paciente, y en particular, con aquellos posibles y enfermos del «Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida».

MECANISMOS DE TRANSMISION DEL VIH

En este momento poseemos un buen conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH. Hasta hoy, el VIH ha sido aislado en diversos fluidos biológicos, a saber: sangre, semen, flujo vaginal, lágrimas, saliva, leche materna y líquido cefalorraquídeo. Sabemos con certidumbre que el contacto con la sangre, semen o flujo vaginal del individuo infectado, solos o mezclados con la sangre de cualquier otro, permiten la transmisión del VIH. No así en el caso del resto de los líquidos donde ha sido hallado el VIH, al demostrarse que la con-

centración del mismo en éste está por debajo del umbral necesario para transmitir la enfermedad. Así mismo, se ha descartado por completo cualquier posibilidad de transmisión del VIH por vía aérea o a través de piel intacta.

GRUPOS DE RIESGO

Grupos de riesgo de infección por VIH-1 en la actualidad en Europa y Norteamérica

Riesgo elevado
Homosexuales
Drogadictos
Hemofílicos

Riesgo intermedio
Parejas heterosexuales estables
Recién nacidos
Prostitutas

Riesgo bajo o inexistente
Convivientes
Personal sanitario
Hemodializados
Receptores de sangre
Heterosexuales promiscuos

La infección por VIH en la actualidad se centra en unos determinados colectivos que pueden ser divididos en diversos grupos de riesgo en función de los factores que en ellos concurren y permiten una mayor o menor posibilidad de transmisión por VIH.

* Laboratorio. Ambulatorio de Argüelles. Madrid.

Si bien es cierto que estos colectivos presentan un mayor riesgo de ser infectados y por lo tanto portadores del VIH, y a su vez ser posibles transmisores de la enfermedad, y sobre ellos se centra en gran medida las atenciones preventivas de la medicina en general y de las específicas del personal sanitario; hemos de tener en cuenta que la incidencia de la enfermedad en otros colectivos no tan específicos va en aumento y ello hace doblemente importante la sujeción a un método cotidiano en la labor de atención al paciente, sea el caso que sea, y sobre todo en aquellos casos que exista la posibilidad de inoculación accidental por cualquiera de las causas antes descritas.

I. EL PERSONAL SANITARIO ANTE EL «SIDA»

La aparición de los primeros casos de SIDA provocó una oleada de pánico entre no pocos sectores del personal sanitario por lo que de posibilidades de contagio concurrían en la atención a pacientes infectados por VIH, por el propio desconocimiento de la enfermedad y, más tarde, por las factibles inoculaciones accidentales.

Hoy poseemos una información suficiente sobre el SIDA en el sentido de conocer su epidemiología y profilaxis de una manera científica y amplia. Pero ello no es óbice para que se siga produciendo una elevada tasa de ampliación de la enfermedad más allá de los denominados grupos de riesgo, afectando cada vez en mayor cuantía a la población en general.

a) Personal sanitario de enfermería

Aunque los datos epidemiológicos manejados por OMS nos dan un mínimo margen de posible contagio en el personal sanitario y de enfermería —que más adelante veremos en profundidad— no por ello y ante las alarmantes cifras de infección de la infección por VIH y la constante demanda de los servicios hospitalarios, hacen que de no seguirse un método de prevención y detección de los posibles casos de infección, sea posible en mayor medida las inoculaciones por accidente.

Es fundamental para el personal de enfermería y como *Objetivos Primarios*:

1. Conocimiento exhaustivo de la problemática del SIDA, evitando toda vía directa de propagación.
2. Uso de material de trabajo que no actúe como vector de transmisión, evitando vías indirectas de transmisión.

A un nivel más diario y de atención directa hacia cualquier tipo de paciente es conveniente el conocimiento de los siguientes *Diversos Datos*:

1. Una división de los pacientes en dos tipos:

Tipo A. Aquellos que por su pertenencia a grupos de riesgo, por sistema se les debieran hacer los análisis pertinentes para la detección de anticuerpos de VIH, y un seguimiento de forma anónima.

Tipo B. Aquellos otros que al no pertenecer a grupos de riesgo, y al ser una enfermedad de baja prevalencia, no se considera necesario el anterior seguimiento.

2. Actividad diaria frente al posible accidente mediante:

a) Conocimiento serológico del paciente y las medidas a tomar antes que el accidente se produzca.

b) Seguimiento a realizar en el caso que el accidente se produzca.

Añadiremos que en los casos de urgencia y en todos los casos en que se desconozca la situación posible infecciosa del paciente, la OMS recomienda las máximas medidas de seguridad, sobre todo si el paciente presenta hemorragia externa.

- b) *Inoculaciones accidentales (por VIH) en personal sanitario de la Comunidad de Madrid*

Hemos hecho mención al temor que suscitó en un primer momento en el personal sanitario la aparición de la enfermedad del SIDA. Hoy este temor ha desaparecido en gran medida no sólo por el conocimiento que poseemos

sobre el VIH, sino por los estudios y datos que recibimos a través de diversos organismos y, como muy bien enfatiza la OMS, demuestran la muy baja posibilidad de infección.

Pero ante la existencia del riesgo de infección y el temor que genera, se hace obligatorio la búsqueda de una serie de normas de obligado cumplimiento. Es en EE.UU. donde los hospitales crean los llamados «CDC» —Centers for Disease Control— los cuales comienzan a dar normas preventivas a la vez que desarrollan una serie de importantes estudios sobre la posible incidencia de los accidentes laborales del personal sanitario en la infección por VIH.

como anti-VIH y siendo en el momento de incorporarse al mismo anti-VIH(—), acepten voluntariamente someterse a dicho seguimiento. Este consiste en un seguimiento mínimo de 12 meses, antes de excluir la existencia de infección por VIH, mediante controles sucesivos en los meses 0 (basal), 3, 6 y 12. Las diversas notificaciones provienen de aquellos centros que voluntariamente se han mostrado dispuestos a adherirse al «Registro». Estos son hasta el momento los siguientes: Alcalá de Henares, Clínico de San Carlos, Cruz Roja, 12 de Octubre, Gregorio Marañón, La Paz, Móstoles, Puerta de Hierro, Ramón y Cajal y Severo Ochoa.

	Año	Número	Positivo	País
Gerberding (San Francisco)	1985	50	0	U.S.A.
CDC (Atlanta)	1986	938	2	U.S.A.
Acheson (Londres)	1986	118	1	G.B.
Shanson (St. Stephen's)	1986	150	0	G.B.
Mc Evoy (Londres)	1987	150	0	G.B.
Mc. Gray (Atlanta)	1987	883	4	U.S.A.
NIH	1987	332	0	U.S.A.
Universidad de California	1987	129	0	U.S.A.
Juanes (Madrid)	1988	60	0	España
Hernández (Barcelona)	1988	44	0	España

Al observar este cuadro sobre diversos estudios en distintos años hemos de reconocer el ínfimo porcentaje de casos que desarrollan la infección, pero aún así este riesgo existe.

Aquí en España, en el área regional de la Comunidad de Madrid y a través de distintos organismos, se desarrolla un *Registro Regional* para la control y seguimiento de aquellos trabajadores sanitarios que habiendo sufrido una inoculación accidental de fuente demostrada

Según este *Registro Regional* y con fecha de 31-6-1988, el número total de trabajadores sanitarios inoculados accidentalmente se eleva a 366. Si pensamos que dicha cifra era de 265 con fecha de diciembre de 1987, vemos que en un plazo de 6 meses han sido notificados 101 con fuente demostrada de anti-VIH con una media de una inoculación cada dos días. Comprobamos que el número de seroconversiones es de un caso, al que según sabemos hay que

RESULTADOS GLOBALES DEL REGISTRO A 31-6-1988

I. N.º total de trabajadores sanitarios registrados	366
— Con el control basal (mes 0) realizado	141
— Con el control del mes 3 realizado	30
— Con el control del mes 6 realizado	60
— Con el control del mes 12 realizado (fin de seguimiento)	130
— Pérdidas en el seguimiento	5

II. N.º total de seroconversiones registradas

1(*)

añadir dos casos de seroconversiones con carácter retroactivo: una perteneciente a un profesional sanitario y otra a una alumna de enfermería. Ello nos daría la cantidad de 3 seroconversiones. Con estos datos notificados, y sabiendo que los 141 trabajadores sanitarios que a 1-6-1988 sólo tenían realizado el control basal —mes 0— y a la fecha de hoy conocemos los resultados del control del tercer mes no habiéndose documentado ningún otro caso de seroconversión, podemos usar la cifra de 366 trabajadores inoculados accidentalmente.

$$\text{Riesgo de seroconversión} = \frac{\text{N.º seroconversiones}}{\text{N.º inoculaciones}} = \frac{3}{366} = 0.0081$$

Aún así, y al ser relativamente novedoso las notificaciones al «registro», cabe la posibilidad de nuevos casos de inoculaciones accidentales,

NUMERO DE TRABAJADORES
SANITARIOS INOCULADOS
ACCIDENTALMENTE CLASIFICADOS
POR SEXO
(31-6-1988)

sexo	N.º de casos	%
Hombres	72	19,7
Mujeres	294	80,3
TOTAL	366	100,0

NUMERO DE TRABAJADORES
SANITARIOS INOCULADOS
ACCIDENTALMENTE CLASIFICADOS
POR GRUPOS DE EDAD
(31-6-1988)

Grupos de edad	N.º de casos	%
Menor de 20 años	2	0,5
De 20-29 años	113	30,9
De 30-39 años	124	33,9
De 40-49 años	47	12,9
De 50 o más años	25	6,8
Desconocido	55	15,0
Total	366	100,0

con o sin seroconversión, de carácter retroactivo, que harían variar la tasa de riesgo.

Comprobamos a tenor de estos datos que el riesgo es bajo —0,0081— pero ello no quita dramatismo a las seroconversiones ocurridas las cuales existen y son posibles.

Por sexo, el mayoritario es el femenino. Por edades, los datos revelan una amplitud mayor de casos en los grupos de 20-29 años y 30-39 años que concuerda en líneas generales con la estructura de edad en los Centros Sanitarios.

En el área donde se producen la mayoría de

NUMERO DE TRABAJADORES
SANITARIOS INOCULADOS
ACCIDENTALMENTE CLASIFICADOS
POR EL AREA DONDE OCURRIO EL
ACCIDENTE
(31-6-1988)

Area	N.º de casos	%
Area de urgencia o intensivos	72	19,7
Area clínica	170	46,5
Area quirúrgica	74	20,2
Area de laboratorio	40	10,9
Desconocido	10	2,7
Total	366	100,0

los casos es el área clínica con un porcentaje cercano a la mitad, seguida del área quirúrgica y el área de intensivos. Estas tres acaparan el 86,4% de los casos dados.

El tipo más común de accidente viene dado por los pinchazos, con una mayoría de tres casos por cada cuatro. el grupo profesional con más alto índice de accidente es Profesionales y estudiantes de Enfermería, seguidos a muy amplia distancia por Médicos y estudiantes de Medicina y Auxiliares sanitarios.

c) Personal de enfermería: peculiaridades

Según observamos en los datos notificados al Registro General existen una serie de variables muy relacionadas con el personal sanita-

NUMERO DE TRABAJADORES SANITARIOS
INOCULADOS ACCIDENTALMENTE
CLASIFICADOS POR TIPO DE ACCIDENTE
(31-6-1988)

Tipo de accidente	N.º de casos	%
Pinchazo	261	71,3
Herida con objeto cortante	17	4,7
Contacto con mucosas	7	1,9
Contacto con conjuntivas	12	3,3
Contacto con piel (probablemente no intacta)	67	18,3
Desconocido	2	0,5
Total	366	100,0

rio de Enfermería. Así, vemos que el mayor número de accidentes se da con un porcentaje altísimo en este grupo —63,9%—, siendo por pinchazo un 71,3%, labor ésta desarrollada muy específicamente por el personal de enfermería y a su vez, la mayoría de los casos se dan en áreas clínicas hospitalarias (46,5%) donde de forma intensiva se desarrolla la labor de los profesionales de enfermería.

NUMERO DE TRABAJADORES
SANITARIOS INOCULADOS
ACCIDENTALMENTE CLASIFICADOS
POR GRUPOS PROFESIONALES
(31-6-1988)

Grupo profesional	N.º de casos	%
Médicos o estudiantes de medicina	87	12,8
Profesionales y estudiantes de enfermería	231	63,1
ATL y otros técnicos de laboratorio	6	1,6
Auxiliares sanitarios	57	15,6
Celadores o similares	19	5,2
Personal de limpieza	5	1,4
Otros trabajadores sanitarios	1	0,3

En áreas denotamos el altísimo porcentaje que acaparan los profesionales de la enfermería en su trabajo de atención, llegándose al 74,5% de incidencias sobre el resto de los grupos profesionales. Un similar porcentaje

TRABAJADORES SANITARIOS INOCULADOS ACCIDENTALMENTE
CLASIFICADOS POR GRUPOS PROFESIONALES Y TIPO DE ACCIDENTE
(31-6-1988)

Grupos profesionales	Tipo de accidente						Total
	Pinchazo	Herida con objeto cortante	Contacto con mucosas	con conjuntivas	Contacto con piel posible-mente no intacta	Desconocido	
Médicos o estudiantes de medicina	38	3	0	3	3	0	47
Profesionales y estudiantes de enfermería	173	4	4	4	46	0	231
ATL y otros técnicos de laboratorio	4	0	0	0	1	1	6
Auxiliares sanitarios	35	4	1	5	12	0	57
Celadores o similares	8	6	2	0	3	0	19
Personal de limpieza	3	0	0	0	1	1	5
Otros trabajadores sanitarios	1	0	0	0	0	0	1
Total	262	17	7	12	66	2	366

TRABAJADORES SANITARIOS INOCULADOS ACCIDENTALMENTE
CLASIFICADOS POR GRUPOS PROFESIONALES Y AREA DONDE OCURRIO EL
ACCIDENTE
(31-6-1988)

Grupos profesionales	Area donde ocurrió el accidente					Total
	Intensivos	Clinica	Quirúrgica	Laboratorio	Desconocido	
Médicos o estudiantes de medicina	1	11	31	4	0	47
Profesionales y estudiantes de enfermería	53	125	30	19	4	231
ATL y otros técnicos de laboratorio	0	2	1	3	0	6
Auxiliares sanitarios	12	25	11	8	1	57
Celadores o similares	4	6	4	4	1	19
Personal de limpieza	1	0	0	2	2	5
Otros trabajadores sanitarios	0	1	0	0	0	1
Total	71	170	77	40	8	366

—hasta el 64%— se da igualmente en el trabajo desarrollado en el área de intensivos.

Aunque no hayamos podido cruzar la variable sexo y grupos profesionales, resulta fácil de dilucidar que el alto porcentaje del 80,3% se debe en gran medida a las profesionales de enfermería.

II. NORMAS A SEGUIR EN LA ASISTENCIA A PERSONAS INFECTADAS POR VIH

Ante todo lo expuesto en capítulos precedentes, hemos de volver a recalcar la importancia que para la disminución del riesgo por inoculación comporta el seguimiento escrupuloso de las recomendaciones siguientes.

1. Evitar riesgos con objetos punzantes

Sabemos que la alta incidencia de este tipo de objetos en los accidentes, y a tenor de ello el cuidado ha de ser mayor si cabe. Para prevenir los pinchazos por agujas, éstas nunca dejarán de estar recubiertas de su funda, separadas de las jeringas desechables o manejadas con la mano. Una vez usadas han de ser desechadas conjuntamente aguja y jeringa en re-

ipientes rígidos que se eliminarán como material infeccioso.

A su vez, todo material punzante o cortante —agujas, catéteres, hojas de bisturí— deberá ser de único uso.

2. Utilización de guantes

El uso de los mismos será obligatorio cuando pueda existir contacto con sangre, líquidos corporales y membranas mucosas. Especialmente en las siguientes situaciones:

- En todos los procedimientos invasivos: extracción de sangre, realización de curas, colocación de catéteres intravenosos, sondajes, etc.
- En la manipulación de muestras de sangre, objetos manchados de sangre, fluidos corporales, excretas y secreciones.
- En la limpieza de superficies, materiales, objetos contaminados con sangre u otros fluidos corporales.

3. Utilización de bata, mascarilla y gafas protectoras

Fundamentalmente en aquellas situaciones en que se prevean salpicaduras en la ropa,

mucosas oculares u orales. Por ejemplo, en casos de intubación, realización de broncoscopias o gastroscopias, cirugía dental u oral, etc.

4. Rotulación de muestras infecciosas

La sangre y otras muestras de los pacientes, posibles o determinadas como infectadas por VIH, deben ser etiquetadas y colocadas en un segundo envase para su transporte. Cualquier otro artículo u objeto contaminado ha de ser situado en una bolsa impermeable debidamente etiquetada. Aquellos de un sólo uso serán incinerados o desechados y los reutilizables han de ser procesados según normas aplicadas a objetos contaminados con virus de Hepatitis B.

5. Higiene personal

Han de lavarse las manos antes y después del contacto con los pacientes, incluso cuando se utilicen guantes, al menos durante 20 segundos con agua y jabón. En el caso de salpicaduras en manos o piel, de sangre u otro líquido corporal, se lavará inmediatamente con una solución desinfectante. Las que se produzcan en ojos y boca se lavarán con agua abundante, y en este caso se dará parte a Medicina Preventiva para su posterior seguimiento.

Para el caso de pinchazos o cortes accidentales, se lavarán inmediatamente con agua y jabón dejando que sangre abundantemente, desinfectándose enseguida con alcohol de 70° ó 96° dándose parte a Medicina Preventiva. Si el profesional sanitario tiene heridas o erosiones en piel o mucosas, deberán cubrirse con guantes o apósitos impermeables. En el caso de que sean lesiones extensas o supurativas deberá ser excluida temporalmente de la atención directa.

Aquellas personas que se encuentren embarazadas no deben tratar en contacto directo con pacientes infectados por VIH.

6. Higiene general

Si se produjesen salpicaduras de sangre, vómitos o heces sobre suelos o superficies, debe-

rá verse sobre ellas lejía diluida, cubriéndose con toallas de papel eliminándose posteriormente. Las superficies metálicas se desinfectarán con glutaraldehído al 2% o alcohol de 70°.

A su vez, todo el material desechable se eliminará mediante doble bolsa impermeabilizable y resistente.

7. Esterilización y desinfección

En la medida de lo posible el material a utilizar debe ser de un solo uso. En aquel material que sea reutilizable debemos proceder a su desinfección. En general podemos asumir que los métodos utilizados para inactivar otros virus —por ejemplo, el de hepatitis B— también inactivan el VIH.

SIDA: DESINFECCION Y ESTERILIZACION GENERAL

	Tiempos
Solución de cloro (5000 ppm) de cloro disponible	10 min
Formaldehído (5%)	10-30 min
Glutaraldehído (2%) (neutro o alcalino)	10-30 min
Glutaraldehído fenolato (1/16)	10-30 min
Esterilización	
Autoclaves a 121 °C (250 °F)	20 min
Oxido de etileno en ciclos adecuados	
Glutaraldehídos al 2% (neutro o alcalino)	10 horas
Glutaraldehído fenolato	6,45 horas

En todos los casos se tendrá en cuenta la resistencia del material y las instrucciones de los fabricantes.

a) Esterilización

Previo a la esterilización, el material debe ser limpiado y para que esta acción no entrañe riesgo, con anterioridad se procederá a desinfectarlo en un medio líquido. Una vez desin-

fectado se limpiará con guantes utilizando agua y jabón; en el caso de material punzante se utilizará doble guante. A continuación se esterilizará en autoclave a 121° durante al menos 20 minutos.

b) Desinfección

El método más asequible y simple en la inactivación de la mayoría de los gérmenes patógenos incluido el VIH, consiste en la ebullición del material durante 20 minutos. Para instrumentos metálicos se recomienda glutaraldehído al 2% durante 10 a 30 minutos. Para superficies metálicas, termómetros, etc., se recomienda alcohol etílico de 70° durante 20 a 30 minutos. Para superficies y objetos no metálicos se usa hipoclorito sódico o lejía doméstica en dilución de 1/10 durante 10 a 30 minutos; también podemos usar alcohol etílico de 70° durante el mismo tiempo.

Como antiséptico podemos usar alcohol de 70° ó 96° para su uso en piel, nunca en mucosa, y Povidona yodada 2,5-10% utilizándose en piel y mucosas.

Es necesario señalar que las soluciones desinfectantes tienen un período de caducidad. La solución de lejía se aconseja hacerla en el momento de su uso. La de glutaraldehído dura dos semanas. Debemos de recordar que el virus VIH es resistente a los rayos gamma y ultravioleta.

Hemos comprobado que hasta donde llega nuestra información, el índice de riesgo en nuestro país por infección de VIH es de un nivel relativamente bajo, comparable e incluso inferior a otros países —EE.UU. y Gran Bretaña, por ejemplo—, pero que aun siendo así este riesgo existe, y obliga a un cuidadoso seguimiento de las normas de atención al paciente en general y a un escrupuloso seguimiento de las normas para pacientes infectos de VIH.

En el terreno laboral la OMS recomienda para todo tipo de personal, incluidos los llamados por esta organización «TAS» —Trabajadores de Atención de la Salud—, infectados por VIH, la adopción de una serie de recomendaciones:

1. Los TAS asintomáticos no deben ser separados de su trabajo.

2. Los TAS infectados por VIH pueden tener más riesgo de adquirir otras enfermedades infecciosas, por lo que su médico personal en consonancia con los servicios sanitarios del propio hospital sugerirá los oportunos cambios de puesto de trabajo.

3. El uso por todos los TAS de los oportunos guantes.

4. Si presentaran lesiones exudativas deben ser excluidos de la atención directa de los pacientes, hasta la curación de las mismas.

BIBLIOGRAFIA

- Comunidad de Madrid: Consejería de Salud, *Vigilancia epidemiológica del SIDA*. Informes I y II. De Juanes, J. R., et al.: «SIDA: actualidades», Jornadas sobre hepatitis y SIDA: prevención en el personal sanitario, Ed. Biolecta, S. A. Madrid, 1988.
- Revista Medicine*, n.º extraordinario SIDA, febrero 1989. Diversos autores.
- De Juanes, J. R.: «Síndrome de inmunodeficiencia adquirida y accidentes en el personal sanitario. Tres años de seguimiento», *Rev. Esp. Microbiología Clin.*, junio (1988).
- De Juanes, J. R.: «Hepatitis y SIDA: prevención en el personal sanitario», *Rev. Todo Hospital*, julio-agosto (1988).
- OMS: «Recomendaciones para la prevención y control de infección con VIH», *Ministerio de Sanidad y Consumo*. Madrid, 1987.
- OMS y OIT: «Reunión consultiva sobre el SIDA y el lugar de trabajo», 27-29 junio. Ginebra, 1988.
- Jaque, J., y Arcalis, L.: «La problemática del personal sanitario seropositivo al virus de la inmunodeficiencia humana: entre la confidencialidad y el riesgo», *Med. Clin. Barcelona*, 1987.
- Hospital 12 de Octubre: «Normas generales de actuación contra el SIDA», *Ministerio de Sanidad y Consumo*, febrero. Madrid, 1988.
- Secretaría General del Plan Nacional sobre el SIDA: «Legislación sobre el SIDA y Retrovirus vigente en España a 30 de abril de 1988», *Ministerio de Sanidad y Consumo*.
- Dirección General de Salud Pública: «Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: medidas preventivas (1)», *Boletín Epidemiológico Semanal*, Ministerio de Sanidad y Consumo (1986).
- Servicio Vasco de Salud: «Manual de información para profesionales sanitarios de atención primaria», *Gobierno Vasco* (1989).

PROTOSCOLOS EN RECONOCIMIENTOS MEDICOS PREVENTIVOS

I.—SCREENING AUDIOMETRICO LABORAL II.—CARGA FISICA

G. MUÑOZ CARO y J. F. SOLANO FERNANDEZ*

La medicina de empresa siempre se ha definido, no por ser un tipo diferente de medicina, o porque el arquetipo del que la realiza sea diferente, sino como un sistema médico, dedicado a un núcleo pequeño de elementos, que son los trabajadores de empresa. De esta medicina siempre se ha dicho que debe ser preventiva, con el fin, primordial, de procurar, en lo posible, evitar todo tipo de riesgos al personal laboral y siempre desde un punto de vista sanitario. Es decir, sin querer abarcar cuestiones propiamente laborales, pero si procurar que éstas se efectúen con la menor probabilidad de riesgo. A la larga y, sin caer en el error de la generalización, tal medicina no se viene realizando; ya sea por la falta de recursos técnicos o humanos, o por intereses —llamémosles— desconocidos. Lo que se realiza es una medicina puramente asistencial, que a su vez resulta más gratificante para el colectivo Empresa-Servicio Médico-Trabajador, ya que unos ven que su problema momentáneo —en caso de accidente laboral— es prontamente solucionado. Otros, contentos, pues si el personal se ve atendido, la resultante es que, su nivel organizativo, es bueno y, claro, esto no da problemas. Y por último, el sector sanitario será recompensado por el reconocimiento y valoración del acto médico.

Ante este tipo de medicina asistencial, se enfrenta la medicina de empresa. Como tal está creada. Es decir, como medicina «preven-

tiva laboral», la cual no tiene dicho reconocimiento. Si es efectiva, la resultante es que no se llegan a producir situaciones de riesgo, o éstas son limitadas en su mayor extensión posible. Con lo cual se suscita el comentario general (entre personal, no especializado en el tema) de que para qué están los servicios médicos de empresa, ya que nadie reconocerá en gran medida su actuación en ésta limitación de riesgo. Con lo cual el colectivo Empresa-Servicio Médico-Personal laboral, pasa a ser de todo menos eso: colectivo.

A su vez, nos resistimos a comentar lo que ocurre, si los resultados no son efectivos, o popularmente efectivos. Esto nos lleva a una precipitada conclusión: la medicina de empresa vocacional se puede catalogar, casi casi, de suicida.

Dentro de las funciones de los servicios médicos de empresa, una, y muy importante, son los reconocimientos médicos, tanto de ingreso como de control al personal laboral. Estos, de realizarse de una manera, un tanto general, a toda la población laboral, han pasado, o se está tratando que pasen, a hacerse de una manera dirigida, según el colectivo laboral que formen. Porque, lo que está claro es que, las facultades de un ejecutivo no son las mismas que precisa un bombero. Aunque —como ya analizaremos— esto también tiene su miga, ya que arrastra mucho tiempo de diferente educación sanitaria y muchos derechos creados. Dificiles de cambiar, ya porque se consideren no apropiados o, desde un punto de vista más crítico, innecesarios.

* Compañía Metropolitana de Madrid.