medigraphic Artemisa en línea

Volumen 15 No. 4
Octubre-Diciembre 1992

Revista Mexicana de Anestesiología
Publicación Oficial de la Sociedad Mexicana de Anestesiología A.C.

Rev. Mex. Anest.
1992; 15:149-150
D. R. Soc. Mex. Anest., 1992

Editorial

SIDA Y PERSONAL DE SALUD.

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad devastadora. Tiene como características importantes: ser un padecimiento estigmatizante, rodeado de temores racionales, irracionales y prejuicios. Su expresión clínica es tan compleja que ha requerido la apertura de nuevos capítulos en la patología infecciosa. Plantea problemas diagnósticos y terapéuticos de gran dificultad. Impone un alto costo físico, psicológico y económico al paciente y su familia que repercute en el sistema de salud y la sociedad. Finalmente es una enfermedad mortal que genera frustración y estrés en gran parte del personal médico y paramédico encargado de su atención.

De acuerdo con CONASIDA[1] al 31 de Agosto de 1992 se han informado 10,814 casos de SIDA en México. De estos, 8995 (83.4 %)han ocurrido en hombres, 1,471 en mujeres (13.6 %) y 348 (3.22 %) casos en niños, la mitad de los dos últimos (50.8 %) por transmisión perinatal.

En este número de la Revista Mexicana de Anestesiología[2], los Dres. Marrón-Peña y Cañas-Hinojosa, publican un artículo de revisión sobre SIDA en anestesia Gineco-Obstétrica. Este tipo de artículos son importantes por varias razones. Llaman la atención sobre el problema, aportan conceptos educativos útiles para diversos miembros del personal de salud y reunen información dispersa en múltiples fuentes. Cabe mencionar que son contadas tanto en la literatura internacional como la nacional las publicaciones sobre SIDA en revistas de Anestesiología. A continuación se hace enfasis en algunos conceptos.

1) La Asociación de Anestesiología de Gran Bretaña recomienda a todos los Anestesiólogos la autilización de guantes para canalizar vasos sanguíneos y durante la inserción o extracción de implementos de vías aéreas o cánulas endotraqueales[3]. Esta recomendación se basa en la preocupación creciente por el riesgo en las salas de operaciones que el personal de salud pueda adquirir infecciones a partir de sangre o líquidos corporales de pacientes infectados con los virus de hepatitis, inmunodeficiencia humana u otros patógenos transmisibles por estas vías.

2) En un estudio publicado en Inglaterra en 1990, se aplicó un cuestionario a profesionales de la Anestesiología. Se cubrieron 270 anestesias, 83 % electivas y 17 % de urgencias. En estos pacientes se aplicaron 256 cánulas en vena periférica, 21 líneas arteriales y 20 líneas centrales. La sangre de 35 pacientes contaminó la piel de 65 personas en 46 incidentes y 5 de los 65 miembros del personal tenían cortaduras en las manos. Hubo además 9 eventos de contaminación de piel por saliva. Unicamente 9 % del personal de anestesia encuestado empleaba guantes para intubación oral o nasal y el 8% los empleaba para canular venas periféricas. Para inserción de líneas arteriales, el 63% usaba guantes y el 89% para instalar líneas venosas centrales. Las razones aducidas para no usar guantes durante los procedimientos fueron: pérdida de sensiblidad y tacto, no estar acostumbrados, incomodidad por el uso prolongado de los guantes e incluso desconocimiento de su importancia.

3) Para los cirujanos, el riesgo es alto. En una publicación

reciente[4] se calcula que un cirujano que opera 350 casos al año tendrá, dependiendo de la seroprevalencia para VIH en la comunidad donde trabaja, un riesgo que puede llegar a ser de 3.5/10,000 por año de adquirir la infección por el VIH por actividad profesional; sin embargo, en 30 años de actividad quirúrgica acumulada, este riesgo puede totalizar 1/100. En áreas de alta seroprevalencia al VIH como la Ciudad de Baltimore EEUU, donde un servicio de urgencias reporta 6% de prevalencia de VIH+ en pacientes no seleccionados en 1988[4], un cirujano que opere en estos enfermos tiene un 2% de riesgo anual de adquirir infección por VIH.

4) Las medidas denominadas precauciones universales cuyo fundamento es considerar sangre y líquidos corporales de cualquier paciente como potencialmente infectantes y que se exponen en este número[2], se han sometido a estudios observacionales. Desafortunadamente, se ha encontrado que sólo se cumplen un 44% del tiempo aun después de programas de entrenamiento formal con todo el personal de un servicio[4].

¿ Cuáles son entonces las perspectivas para disminuír el riesgo ?

a) Precauciones con barrera. La protección ocular con anteojos y aun con pantallas faciales desechables o reusables deben usarse durante procedimientos invasivos que generen salpicaduras y cirugía que requiera trepanos, irrigación profusa o donde se esperen pérdidas hemáticas abundantes, como podría ser la atención de partos o cesáreas.

b) La protección de los dedos y las manos es crítica. Actualmente el doble guante es prudente en cirugía ortopédica o implantación de prótesis donde el riesgo de laceración es mayor. Quizá el doble guante deba ser estandar para toda cirugía en los 90s, mientras se dispone de guantes fabricados con nuevos materiales, resistentes a punctura, que preserven la sensación tactil.

c) El empleo de guantes de malla metálica debajo de los guantes de latex es altamente recomendable junto con las medidas de protección anteriores para la realización de autopsias, especialmente cuando se hace fresado en hueso para la extracción del encéfalo.

d) El empleo de grapas en lugar de suturas para reaproximar la piel podría generalizarse. Se menciona también que el material punzocortante puede pasarse durante cirugía en el interior de riñones estériles, para ser tomado de ese sitio por quien lo utilizará.

Es claro que todas estas medidas implican un sistema de salud más organizado, con un personal más informado y eficiente y costos de atención médica más elevados sobre todo en los hospitales. Pero no parece haber otra alternativa para esta década.

La combinación de SIDA e ignorancia es explosiva y así puede comprobarse por la magnitud de la pandemia a 11 años de su inicio. El primer responsable de la protección personal es el propio trabajador de la salud. A las autoridades les corresponde facilitar e implementar los programas de educación continua y aportar los recursos didácticos: conferencias, cursos, posters, así como los implementos materiales de protección en cantidad suficiente y continua, para una atención médica de óptima calidad en la que no se compromete la seguridad de personal y pacientes.

Dr. José Luis Soto Hernández
Jefe del Departamento de Infectología
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
«Manuel Velasco Suárez».

REFERENCIAS

1. **Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.** Boletín Mensual SIDA/ETS. México 6, 9:2256-2273, Septiembre 1992.
2. **Marrón-Peña GM, Cañas-Hinojosa MG.** Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) en anestesia Gineco-Obstétrica. **Rev Mex Anest** 1992;15:176-183.
3. **Harrison CA, Rogers DW, Rosen M.** Blood contamination o anaesthetic and related staff. *Anaesth* 1990;45:831-833.
4. **Schiff SJ.** A surgeon's risk of AIDS. *J Neurosurg* 1990; 73: 651-66