

---

PROGRAMA  
MUNDIAL SOBRE  
EL **SIDA**

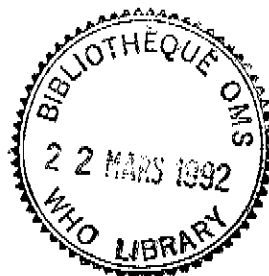
---

DECLARACION DE LA REUNION CONSULTIVA  
SOBRE MEDIDAS APLICABLES TRAS  
LA EXPOSICION PROFESIONAL  
DE LOS AGENTES DE SALUD AL VIH

GINEBRA  
2-4 DE OCTUBRE DE 1989



ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD  
EN ASOCIACION CON LA  
OFICINA  
INTERNACIONAL  
DEL TRABAJO



---

## 1. Introducción

A medida que aumenta el número de personas con infecciones o estados patológicos causados por el VIH, también aumenta el riesgo de infección por el VIH a que están expuestos profesionalmente los agentes de salud.

En asociación con la Oficina Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud convocó del 2 al 4 de octubre de 1989 una reunión consultiva con el fin de examinar las medidas que deben tomarse tras la exposición profesional de los agentes de salud al VIH.

En la reunión participaron 34 expertos de 14 países, que formularon recomendaciones sobre cuatro problemas relacionados con la exposición profesional de los agentes de salud al material infectado por el VIH:

- primeros auxilios, pruebas de laboratorio y seguimiento clínico;
- educación y asesoramiento;
- quimioprofilaxis;
- consecuencias en el empleo, las relaciones de trabajo y los derechos laborales.

No se examinaron en esta reunión consultiva los problemas médicos, psicosociales, éticos y jurídicos suplementarios que plantea la exposición profesional a un material patológico del que no se sabe con seguridad si está infectado por el VIH (p. ej., cuando se desconoce la situación del paciente respecto al VIH).

---

## 2. Definiciones

A efectos del presente documento, se adoptaron las siguientes definiciones.

---

### Exposición profesional

Es el contacto con material *indudablemente* infectado por el VIH, de resultas de:

- inoculación percutánea (p. ej., punción con una aguja o cortadura con un objeto afilado);
- contaminación de una herida abierta;
- contaminación de piel no intacta (p. ej., cuando la piel expuesta presenta grietas, abrasiones o dermatitis); o
- contaminación de una mucosa, en especial la conjuntiva.

---

### Agentes de salud

Son las personas que:

- Dan directa o indirectamente asistencia sanitaria al público (p. ej., enfermeras, parteras, médicos, agentes comunitarios de salud, personal de limpieza de los hospitales); o
- manipulan tejidos o humores orgánicos (p. ej., técnicos de laboratorio, anatomopatólogos).

A efectos de este documento, no se consideran agentes de salud los miembros de los laboratorios de investigación que manipulan cantidades de virus cuya concentración es superior a la que se encuentra en los humores del cuerpo humano. Tales personas deben adoptar precauciones de seguridad muy estrictas de las que no se tratará aquí (1).

---

## Material del que se sabe positivamente que esté infectado por el VIH

Puede ser:

- sangre; o
- algún otro tejido o humor orgánico (véase a continuación)

que proceda de una persona infectada por el VIH o del que se sepa positivamente que contiene VIH.

- 1) En los establecimientos sanitarios se han dado casos de transmisión del VIH *por la sangre, los productos sanguíneos y los humores orgánicos que contienen sangre visible*. La exposición a ese material debe ir seguida siempre de una vigilancia adecuada.
- 2) Se ha comprobado la transmisión del VIH *por el semen, las secreciones vaginales y la leche materna*. Aunque no se conocen casos de transmisión del VIH por esos productos en los establecimientos sanitarios, se requiere también una vigilancia adecuada en los casos de exposición a tales humores orgánicos.
- 3) No se tiene noticia de transmisión del VIH en los establecimientos sanitarios *por los líquidos amniótico, pericárdico, peritoneal, pleural, sinovial y cefalorraquídeo*, pero los especialistas estiman que puede haber un riesgo. Tales exposiciones requieren también una vigilancia ulterior adecuada.
- 4) No se tiene noticia de transmisión del VIH en ningún establecimiento *por la saliva, las lágrimas, la orina, las heces, las secreciones nasales, el sudor, el esputo y el vómito*; a juzgar por los estudios epidemiológicos y virológicos realizados, no se considera que estos productos corporales tan comunes entrañen riesgo alguno para el personal de salud o para otras personas. La exposición a esos productos no requiere vigilancia ulterior a menos que contengan sangre visible.

---

## Precauciones generales en relación con la sangre y los humores orgánicos

Se basan en la noción de que a todas las personas se las debe considerar capaces de transmitir la infección por el VIH y otros agentes patógenos sanguíneos (2) y, por consiguiente, que el personal de salud debe tomar precauciones apropiadas contra la transmisión siempre que trabaje con sangre o con los humores orgánicos antes mencionados como potencialmente infecciosos; véase (1) - (3).

---

### 3. Riesgo de transmisión del VIH

Mediante estudios prospectivos se ha demostrado que el riesgo de transmisión del VIH por cada episodio de exposición percutánea a sangre infectada es aproximadamente del 0,4% (es decir, un caso por 250 exposiciones). Los estudios mencionados hacen pensar también que el riesgo de transmisión del VIH por cada episodio de exposición de mucosas o de piel no intacta a sangre infectada por dicho virus es menor que el de la exposición percutánea, aunque se ha observado también la transmisión a consecuencia de tales exposiciones (3,4). Aunque hay un riesgo teórico asociado a la presencia de microabrasiones en una piel aparentemente intacta, no hay casos comprobados de transmisión del VIH por esta forma de exposición.

La mayor parte de los especialistas coinciden en que cuanto mayor sea el volumen de sangre que origina la exposición, más riesgo de infección existe. No se tiene noticia de un riesgo de transmisión del VIH por exposición profesional (para la que se recomiendan las mencionadas precauciones generales) a humores orgánicos distintos de la sangre (5).

---

### 4. Primeros auxilios, pruebas de laboratorio y seguimiento clínico del personal de salud expuesto al VIH

#### 4.1 Primeros auxilios

Los primeros auxilios deben aplicarse lo antes posible tras la exposición. Si el agente de salud estaba asistiendo a un enfermo en el momento del incidente, habrá que ocuparse también de proteger a éste. Hay

que observar las reglas normales que se aplican en los casos de pequeñas heridas. No es necesario tomar ninguna medida suplementaria de primeros auxilios si hay exposición al VIH.

- *Pequeña hemorragia consecutiva a una inoculación percutánea* (perforación de la piel por una aguja, un instrumento afilado u otro objeto, p. ej., metal, vidrio o hueso). Hay que dejar que la herida sangre durante poco tiempo. Si hay fragmentos de material extraño incluidos (p. ej., vidrio, metal o hueso contaminado), puede ser necesario proceder a la extirpación quirúrgica.
- *Heridas cutáneas abiertas o piel no intacta*. Hay que lavar la herida y la piel con jabón y agua limpia, si es posible a chorro. No se recomienda utilizar soluciones antisépticas en vez de agua, pues no ofrecen ninguna ventaja comprobada y pueden tener un efecto cáustico. Ahora bien, si no se dispone de agua se podrá recurrir a los antisépticos.
- *Mucosas expuestas, en especial la conjuntiva*. Hay que regar las conjuntivas con abundante suero salino estéril (si no se dispone de suero salino puede utilizarse agua estéril y, si tampoco se dispone de ésta, agua del grifo). La boca debe lavarse con agua limpia.

#### 4.2 Informe

Hay que enviar lo antes posible un informe del accidente a la autoridad competente del establecimiento. En el informe deben figurar los siguientes datos:

- identidad del empleado;
- fecha, momento y lugar del accidente;
- circunstancias en que se produjo el accidente;
- medidas tomadas.

El informe debe redactarse en forma confidencial con respecto a la identidad del paciente infectante y del empleado, y se conservará de conformidad con los reglamentos nacionales.

#### 4.3 Consulta inicial

La autoridad competente debe cerciorarse de que la persona damnificada tiene acceso a un asesor médico (dependiente del servicio de higiene del trabajo, si es posible), que se encargará del seguimiento y de determinar si se ha producido exposición al VIH, supervisar los primeros auxilios administrados y proponer cualquier medida ulterior que se imponga. Si se confirma la exposición al VIH, el asesor médico deberá facilitar los consejos pertinentes previos al examen y proponer las pruebas clínicas y de laboratorio para el seguimiento. Es preciso que, en la consulta inicial, el asesor médico informe claramente al agente de salud sobre a) las posibilidades que tiene de transmitir el VIH antes de la seroconversión y, por consiguiente, el comportamiento que debe tener para limitar el riesgo de transmisión hasta que se haya determinado su situación con respecto a los anticuerpos del VIH; y b) las razones por las que es aconsejable que se someta a una prueba inicial de anticuerpos del VIH que sirva como referencia tras la exposición.

Si bien debe tener acceso a estos consejos sin tardanza, el agente de salud conservará siempre el derecho a aceptarlos o rechazarlos.

En vista del estado de inquietud que se crea como consecuencia de la propia lesión, de la información facilitada en la consulta inicial y de las decisiones que ha de tomar el interesado, el asesor médico deberá enviar a éste a un servicio especializado de consejo o, si no existe un servicio de ese tipo, encargarse él mismo de esa labor como una tarea más del seguimiento clínico.

#### 4.4 Pruebas de laboratorio

En todo caso de exposición, habrá que extraer una muestra de sangre (con el consentimiento del interesado) lo antes posible, de preferencia en las dos semanas siguientes. Las pruebas deben acompañarse siempre de consejos. Si el agente de salud lo autoriza, un laboratorio competente investigará la presencia de anticuerpos del VIH en la muestra de sangre. También cabe la posibilidad de conservar la muestra en congelador para analizarla más tarde.

Hay que practicar una prueba ordinaria de detección de anticuerpos (p. ej., la de inmunosorción enzimática, denominada ELISA) en el suero o el plasma. Si el material es reactivo, habrá que practicar una nueva prueba. Si la reactividad se confirma, se hará una prueba suplementaria (p. ej., "Western blot"). Si el resultado de esta última es positivo a juzgar por los criterios universalmente aceptados, se considera que la muestra contiene anticuerpos; en cambio, si es negativo se concluirá que la muestra no contiene anticuerpos.

Tanto si el resultado es positivo como si no parece concluyente, se solicitará una segunda muestra para someterla lo antes posible a la prueba con el fin de eliminar posibles errores de laboratorio o de muestreo. Si también la segunda muestra resulta positiva, este resultado confirmará el diagnóstico de laboratorio de infección por el VIH. Si tampoco los resultados obtenidos con la segunda muestra son concluyentes, puede ser útil a un nuevo examen utilizando otra prueba, p. ej., la de radioinmunoprecipitación si es posible. Si también en este caso la muestra da un resultado no concluyente, habrá que seguir clínica y serológicamente la evolución del sujeto a intervalos de tres meses durante un semestre por lo menos. Si los resultados del "Western blot" siguen siendo indeterminados al cabo de seis meses como mínimo — en ausencia de factores de riesgo conocidos, síntomas clínicos u otras manifestaciones — podrá considerarse que el sujeto no tiene anticuerpos del VIH.

A los agentes de salud cuya primera prueba serológica revela la presencia de anticuerpos habrá que facilitarles asesoramiento y someterlos a una vigilancia médica apropiada. (En general, una prueba basal de anticuerpos positiva en las dos semanas siguientes a la exposición indica que el agente de salud se encontraba ya infectado antes de sufrir esa exposición profesional concreta.)

Se considera que no poseen anticuerpos los agentes cuya prueba inicial haya dado un resultado negativo. A estos individuos habrá que someterlos a nuevas pruebas al cabo de seis semanas, tres meses y seis meses de la exposición. En caso de que hayan adquirido la infección, la seroconversión (es decir, la prueba de anticuerpos positiva) sobrevendrá normalmente a los tres o cuatro meses y, en casi todos los casos, en los seis meses siguientes a la exposición al VIH. Si el agente de salud ha tomado fármacos quimioprolifáticos, que pueden retrasar la conversión, puede estar indicado prolongar el seguimiento. En general, a los agentes de salud que necesiten pruebas complementarias (es decir, a intervalos distintos de los recomendados) habrá que someterlos a dichas pruebas con objeto de tranquilizarles.

En el caso de los agentes de salud que se vean expuestos a exposiciones múltiples, habrá que hacer una prueba basal después de cada exposición seguida de pruebas de seguimiento durante un periodo de seis meses como mínimo a partir de la última exposición. Habrá que prestar especial atención a la educación y el asesoramiento de las personas que sigan estando sometidas a exposiciones profesionales.

#### 4.5 Seguimiento clínico

Hay que recomendar al agente de salud que informe a su asesor médico de cualesquiera infecciones y síntomas (fiebre, faringitis, erupciones cutáneas, malestar, linfadenopatía, mialgias y artralgias) que haya podido sufrir en los seis meses siguientes a la exposición. Si se le envía a otro asesor médico, tendrá asimismo que informar a éste acerca de la posible exposición al VIH. Hay que garantizar con todo cuidado el carácter confidencial. El tratamiento del traumatismo o de la posible exposición a otros agentes infecciosos (p. ej., hepatitis B) causados por el incidente se hará según las reglas seguidas normalmente en la institución.

---

## 5. Educación y asesoramiento de los agentes de salud expuestos al VIH

La pandemia causada por el VIH ha puesto de relieve que se necesitan:

- medios para evitar la exposición profesional al VIH y a otros agentes patógenos hemáticos;
- asesoramiento para las personas expuestas o potencialmente expuestas a material infectado por el VIH.

En vista de ello, se han formulado las siguientes recomendaciones.

---

## 5.1 Información y educación

Todos los agentes de salud deben recibir regularmente una información y un adiestramiento actualizados y culturalmente apropiados sobre sus funciones profesionales en materia de:

- infección y enfermedad causadas por el VIH;
- medios de evitar las exposiciones profesionales, con inclusión de las precauciones generales para prevenir la transmisión de infecciones hematógenas en los establecimientos de salud; y
- medidas aplicables en caso de exposición profesional al VIH.

Esta forma de asistencia debe formar parte de todos los planes de estudios médicos y paramédicos, así como de los programas de educación permanente de los establecimientos sanitarios.

A fin de facilitar la adopción de precauciones adecuadas contra la transmisión del VIH se facilitarán medios apropiados y suficientes.

## 5.2 Asesoramiento tras la exposición

Las reglas aplicadas a la labor de consejo en materia de VIH servirán de base para asesorar a los agentes de salud expuestos profesionalmente al VIH (6), completadas con las recomendaciones que figuran en el presente documento.

5.2.1 Las sesiones de asesoramiento entrañan algunos requisitos previos: 1) carácter confidencial; 2) acceso fácil y asequible; 3) frecuencia y duración adecuadas; y 4) calidad y competencia técnica. Los consejos no deben estar supeditados a ninguna condición (p. ej., al compromiso de someterse a regímenes experimentales o terapéuticos o a pruebas del VIH).

5.2.2 Al organizar un programa de asesoramiento en materia de exposición profesional, habrá que tener en cuenta lo siguiente:

- Si es posible, el programa deberá integrarse en los sistemas institucionales existentes (p. ej., un programa de higiene del trabajo); si no existe ningún sistema de asesoramiento, habrá que instituir un programa específico de formación de personal para esa labor.
- Si no es posible aplicar un programa de asesoramiento en el lugar del trabajo (p. ej., cuando éste es el consultorio privado de un médico), habrá que localizar, caracterizar y utilizar con este fin los servicios existentes en otras instituciones de la comunidad.
- Es esencial facilitar material de formación culturalmente apropiado y apoyo permanente, si procede.
- El programa debe ajustarse a la política nacional y local en materia de lucha contra la discriminación de las personas infectadas por el VIH.

5.2.3 Gran parte de los temas sobre los que debe versar el asesoramiento del personal de salud que ha sufrido una exposición al VIH son las cuestiones a las que se dedica particular atención en todo programa de detección voluntaria del VIH (6). La información debe ser exacta, actual y fácilmente comprensible, además de tranquilizar al interesado sobre el riesgo relativamente bajo de transmisión del VIH que suelen entrañar las exposiciones profesionales. Antes de proceder a las pruebas de detección de anticuerpos, se informará asimismo sobre los aspectos técnicos de éstas y sobre las consecuencias personales, médicas, sociales, psicológicas y jurídicas que pueden tener para el sujeto, en particular cuando se encuentran o no se encuentran anticuerpos del VIH. Habrá que explicar también las razones por las que conviene hacer una prueba de anticuerpos que sirva de referencia. En los consejos subsiguientes a la exposición se abordarán los siguientes problemas:

- *Problemas psicosociales.* Los agentes de salud expuestos a sangre u humores orgánicos que pueden contener VIH pueden sentirse muy preocupados o presentar otros trastornos psicológicos (p. ej., depresión) causados por dudas respecto a la posible infección por el VIH, el valor de la profilaxis y las reacciones y repercusiones en los compañeros de trabajo, amigos y familiares.

---

En la primera sesión de asesoramiento, habrá que evaluar el estado psicológico del empleado para determinar en qué medida puede dominar la situación y en qué medida es vulnerable a las posibles consecuencias adversas: estigmatización, cólera injustificada contra la persona o el grupo responsable de su situación, insomnio, hipocondría y apartamiento de las personas queridas, los amigos y los compañeros de trabajo. Habrá que encontrar recursos para darle apoyo emocional, social y espiritual y, si procede, procurarle apoyo o consejos fuera del lugar de trabajo.

Los consejos son indispensables cuando se faciliten al interesado los resultados de las pruebas de anticuerpos del VIH, tanto la inicial como las subsiguientes, particularmente en previsión de los sufrimientos que puede conllevar el temor a una posible seroconversión.

- *Problemas de comportamiento.* A fin de evitar la posible transmisión sexual, perinatal o de otro tipo del VIH, se citará al interesado a adoptar los siguientes modos de comportamiento en espera de que se aclare su situación tras la exposición al VIH\*:

- abstenerse de toda relación sexual o adoptar prácticas de "sexo seguro" (p. ej., empleo correcto y sistemático de preservativos de látex para el acto sexual) (7);
- aplazar el embarazo;
- abstenerse de toda donación de sangre, órganos o semen.

Conviene tratar ya de estos modos de comportamiento en la primera entrevista y seguir fomentando el comportamiento preventivo por lo menos durante los seis meses siguientes a la exposición o hasta que se aclare la situación con respecto al VIH.

- *Problemas de empleo.*

- *Otros problemas importantes.* Si los empleados tienen acceso a la quimioterapia tras la exposición, se analizará este problema en la sesión de asesoramiento. También se tratará de la participación de la familia en los consejos y de las personas a las que habrá que informar acerca de la exposición.

En los consejos habrá que subrayar la importancia de una acción positiva, por ejemplo el análisis retrospectivo del accidente para evitar que se repita en el futuro. Habrá asimismo que subrayar la necesidad de las precauciones generales en el lugar de trabajo.

---

## 6. Quimioprofilaxis

Hasta la fecha, el único agente de eficacia comprobada para tratar la infección por el VIH es la zidovudina (azidotimidina, AZT) (8). Según datos recientes, la zidovudina parece ser útil tanto en las infecciones sintomáticas como en las asintomáticas de los sujetos con signos de depresión inmunitaria (cifra absoluta de linfocitos CD4+ inferior a 500/mm<sup>3</sup>). La dosificación se sitúa entre 500 y 1200 mg diarios (según la fase de la infección por el VIH), administrados por lo general en cinco o seis dosis (9). (La dosificación más utilizada en los protocolos terapéuticos de los sujetos infectados por el VIH es de 200 mg cada cuatro horas.)

---

\* La Secretaría de la OMS desea advertir que, según datos recibidos después de haberse celebrado esta reunión consultiva, el riesgo de transmisión del VIH por la leche materna se acentúa en el momento de la seroconversión. Por consiguiente, si una enfermera sospecha que puede haberse infectado recientemente a causa de una exposición profesional, habrá de sopesar cuidadosamente las importantes ventajas inmunológicas, nutricionales, psicosociales y anticonceptivas de la lactancia materna frente al riesgo de transmitir el VIH a su hijo. Conviene que examine otras posibilidades de alimentar al niño inocuas y asequibles a las que tenga acceso y que proporcionen un aporte nutricional suficiente durante toda la lactancia. En otras circunstancias, sin embargo, especialmente cuando no se dispone de otras posibilidades inocuas y eficaces, la lactancia por la madre biológica seguirá siendo el método de alimentación preferible.

En vista de su eficacia para tratar la infección por el VIH establecida, se ha propuesto administrar profilácticamente la zidovudina tras la exposición profesional, y algunos clínicos recomiendan esta opción (10). Sin embargo, no hay pruebas científicas suficientes para definir la eficacia clínica o los efectos secundarios de la zidovudina administrada con este fin. Los posibles efectos secundarios a largo plazo de la zidovudina obligan a considerar con cierta inquietud su empleo profiláctico en los agentes de salud que han sufrido una exposición profesional al VIH\*\*. Por consiguiente, no puede recomendarse de momento la administración sistemática de zidovudina tras la exposición profesional al VIH.

La quimioprofilaxis con zidovudina, cuando sea asequible, debe considerarse como un método experimental. La relación beneficio/riesgo de la zidovudina suele ser más favorable en las exposiciones que entrañan mayor riesgo de infección por el VIH.

Siempre que se examine la posibilidad de utilizar profilácticamente la zidovudina, habrá que asesorar al agente de salud acerca de: a) la justificación teórica de la profilaxis tras la exposición; b) el riesgo de infección profesional por el VIH; c) las limitaciones de los conocimientos actuales sobre la eficacia y los efectos secundarios de la zidovudina utilizada como profiláctico tras la exposición; d) el riesgo de efectos secundarios adversos de la zidovudina; e) la posible necesidad de un seguimiento más prolongado (con pruebas serológicas del VIH) tras la exposición, en caso de utilizar la zidovudina; y f) la necesidad de proseguir el seguimiento una vez concluido el tratamiento. Toda medicación profiláctica requiere el consentimiento informado y libre del interesado. El agente de salud tiene derecho a rechazar esa propuesta sin incurrir en ningún tipo de recriminación. Para esta aplicación experimental de la zidovudina habrá que preocuparse de obtener por escrito el consentimiento informado del interesado, ateniéndose a las normas locales que se apliquen en este tipo de investigaciones.

Si se administra zidovudina, habrá que evaluar clínicamente su toxicidad en el curso del tratamiento. Entre los efectos secundarios de este producto en los sujetos con una infección asintomática por el VIH figuran trastornos hematológicos moderados o graves (anemia, granulocitopenia y disminución de la cifra de plaquetas), náuseas y vómitos (9).

Las pruebas serológicas del VIH deben practicarse según el protocolo recomendado en la sección 1.4 y proseguirse al menos durante los seis meses siguientes a la conclusión de la profilaxis.

A causa del riesgo desconocido de teratogénesis que se asocia a este fármaco, los hombres y las mujeres en edad fértil deberán abstenerse de toda relación sexual o utilizar medios anticonceptivos apropiados para evitar el embarazo durante todo el tiempo en que estén tomando la zidovudina. Esta recomendación se suma a la de que todos los agentes de salud expuestos aplacen el embarazo y se abstengan de relaciones sexuales o utilicen preservativos de látex para el acto sexual a fin de prevenir la transmisión sexual y perinatal del VIH. Las mujeres deben abstenerse de dar el pecho mientras estén tomando zidovudina, ya que no se conocen los efectos de ésta en el niño.

Según datos obtenidos en el animal, la profilaxis con zidovudina puede resultar menos útil si no se inicia pronto (11-13); lo ideal es empezar en la hora que sigue a la exposición y, en todo caso, en el curso de los primeros dos a cinco días siguientes.

Las consideraciones precedentes deberán reevaluarse periódicamente a medida que se vaya disponiendo de nuevos datos sobre la eficacia y la toxicidad de la zidovudina y de otras intervenciones profilácticas.

\*\* En estudios sobre los efectos carcinógenos de la administración vitalicia de zidovudina se han observado carcinomas y otras neoplasias vaginales en las ratas y los ratones tratados; los casos más precoces se produjeron a los 19 meses del tratamiento (Comprehensive Information for Investigators, Brochure for Retrovir, Burroughs Wellcome Company, enero de 1989). Sin embargo, conviene interpretar con precaución estos estudios en el animal, que no demuestran que ese producto tenga un efecto carcinógeno en el ser humano.

---

## **7. Consecuencias en el empleo, las relaciones de trabajo y los derechos laborales**

Mediante consultas entre trabajadores y patronos y sus respectivas organizaciones y, si procede, organismos oficiales y otras instancias, habrá que establecer políticas y métodos de acción coherentes que puedan aplicarse en caso de exposición profesional de los agentes de salud al VIH. Tales políticas y métodos de acción deberán comunicarse a todos los interesados.

### **7.1 Métodos aplicables tras la exposición**

A los agentes de salud expuestos se les debe dar acceso inmediato a la asistencia médica apropiada y a consejos de carácter confidencial y gratuito. Un medio de asegurar la confidencialidad es encomendar esa asistencia y esos consejos a personas con las que el empleado no tenga una estrecha relación de trabajo.

Aunque es muy recomendable, la participación en ciertas actividades (p. ej., recibir consejos, conservar muestras de sangre, someterse a pruebas y tomar cualquier medicación profiláctica tras la exposición) debe ser voluntaria, y el agente de salud podrá negarse a participar sin incurrir en recriminación alguna.

Aun preservando el carácter confidencial de la información médica relativa al personal de salud, habrá que comunicar a la autoridad competente cualquier incidente de exposición profesional. También se considerará de carácter confidencial la identidad del paciente causante del incidente.

### **7.2 Protección del empleado**

Habrà que evitar toda estigmatización o discriminación en el lugar de trabajo (por colegas, sindicatos, patronos, pacientes o clientes) de las personas infectadas o sospechosas de estar infectadas por el VIH. La información y la educación son indispensables si se quiere mantener el clima de comprensión mutua requerido para lograr esa protección.

### **7.3 Continuación de la relación laboral**

En general, un agente de salud expuesto al VIH no plantea ningún riesgo para los enfermos ni para sus colegas, por lo que no es necesario imponer restricciones laborales. Si hay que modificar las condiciones de trabajo a causa del estado de salud del empleado o de la relación emocional suscitada por la exposición al VIH, habrá que optar por otras alternativas razonables. Las decisiones pertinentes deberá tomarlas el servicio de higiene del trabajo u otra autoridad competente en consulta con el agente de salud expuesto y, si éste lo desea, con un representante elegido por él. Si no se encuentra ninguna otra posibilidad de trabajo apropiada, el empleado expuesto deberá acogerse a los beneficios de la seguridad social y a otras prestaciones laborales del mismo modo que todo trabajador con cualquier otra enfermedad profesional.

### **7.4 Protección contra el cese en el empleo**

La exposición a la infección por el VIH no justifica el cese de un agente de salud.

---

## Referencias bibliográficas

1. Normas de bioseguridad para los laboratorios de diagnóstico e investigación que trabajan con el VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991 (Serie OMS sobre el SIDA, N° 9).
2. HIV infection and health workers. Statement from third meeting of WHO collaborating centres on AIDS. *Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire* 1987; 62:221-223.
3. Marcus R, CDC Cooperative Needlestick Surveillance Group. Surveillance of health care workers exposed to blood from patients infected with the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1988; 319:1118-1123.
4. Marcus R, Kay K, Mann J. Transmission of HIV in health care settings worldwide. *Bulletin of the World Health Organization - Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 1989; 67:577-582.
5. Henderson DK, Fahey BJ, Saah AJ, Schmitt JM, Lane HC. Longitudinal assessment of risk for occupational/nosocomial transmission of human immunodeficiency virus, type 1 in health care workers [Abstract]. En: Program and abstracts of the 28th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (Los Angeles), Washington DC, American Society for Microbiology 1988: 221.
6. Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990 (Serie OMS sobre el SIDA, N° 8).
7. Prevención de la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990 (Serie OMS sobre el SIDA, No 6).
8. Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. *N Engl J Med* 1987; 317:185-191.
9. US National Institute of Allergy and Infectious Diseases Administrative Report: "AIDS Clinical Trials Alert". August 29, 1989.
10. Henderson DK, Gerberding JL. Prophylactic zidovudine after occupational exposure to the human immunodeficiency virus: an interim analysis. *J Infect Dis* 1989; 160:321-327.
11. Sunyoung K, Byrn R, Groopman J, Baltimore D. Kinetics of HIV gene expression during the one step multiplication of HIV [Abstract]. Cuarta Conferencia Internacional sobre el SIDA, Vol. 1, Estocolmo, 12-16 de junio de 1988: 119.
12. Ruprecht RM, O'Brien LG, Rossoni LD, Nusinoff-Lehrman S. Suppression of mouse viraemia and retroviral disease by 3'-azido-3'-deoxythymidine. *Nature* 1986; 323:467-469.
13. Tavares L, Roncker C, Johnston K, Nusinoff Lehrman S, de Noronha F 3'-azido-3'-deoxythymidine in feline leukemia virus-infected cats: a model for therapy and prophylaxis of AIDS. *Cancer Res* 1987; 47:3190-3194.