

Documento: Cómo actuar
cuando una enfermera es
portadora del Virus de la
Inmunodeficiencia Humana
adquirida, del Virus de la
Hepatitis B o C

**Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de
Barcelona**

Barcelona, septiembre de 2011

COL·LEGI OFICIAL
INFERMERES I INFERMERS
BARCELONA



Este documento se ha elaborado con la participación de:

- **Maria Luisa Anglés Mellado** - Enfermera especialista en Enfermería del Trabajo. Unidad Básica de Prevención del Hospital Universitario Vall d'Hebron.
- **Anna Espí Bosca** – Miembro de la Associació Catalana d'Infermeres de Control d'Infecció (ACICI)
- **Núria Cuxart Ainaud** – Directora de Programas del COIB
- **Isabel Pera Fàbregas** – Asesoría de Responsabilidad Profesional del COIB
- **Carmen Royo Castellón** – Comisión Deontológica del COIB
- **M^a Carmen Sánchez Ruiz** –Vocal de la Associació Catalana d'Infermeria en Treball i Salut Laboral (ACITSL)
- **Núria Saez Gómez** -Colaboradora de la Asesoría de Responsabilidad Profesional del COIB

Documento aprobado por la Junta de Gobierno del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona el 11 de mayo de 2011

Índice

1. Introducción.....	1
2. Transmisión del virus VIH, VHB VHC de enfermera a paciente atendido.....	3
2.1 Transmisión del VIH.....	3
2.2 Transmisión del VHB.....	3
2.3 Transmisión del VHC.....	4
3. Procedimientos Invasores que Predisponen a Exposiciones (PIPE).....	5
4. ¿Cómo reducir o eliminar el riesgo de infectar del VIH, VHB o VHC a los pacientes atendidos?.....	7
4.1 Cumplimiento estricto de las precauciones estándar.....	8
4.2 Vacunación antihepatitis B.....	9
4.3 Utilización de materiales de bioseguridad y equipos de protección individual.....	9
4.4 Formación continua de los profesionales.....	9
4.5 Restricciones a la práctica profesional de las enfermeras portadoras del VIH, VHB o VHC	10
5. Asesoramiento a las enfermeras portadoras, la CAIV.....	12
6. Investigación de los pacientes atendidos por un/a profesional portador/a.....	14
7. Investigación serológica del personal sanitario.....	15
8 Responsabilidades de las enfermeras portadoras.....	16
8.1 Responsabilidades éticas.....	16
8.2 Responsabilidades legales de las enfermeras portadoras.....	17
9. Responsabilidades de las Instituciones.....	19
10. Derechos de las enfermeras portadoras.....	20
Bibliografía.....	21

1. Introducción

Las medidas de vigilancia y control a aplicar en los centros sanitarios para prevenir la transmisión de agentes infecciosos, ha sido siempre un objetivo prioritario de la práctica enfermera y motivo de interés de enfermeras y enfermeros. Este interés se ha centrado prioritariamente en las medidas dirigidas a evitar que las personas con enfermedades transmisibles que atienden enfermeras y enfermeros, transmitieran agentes infecciosos al personal sanitario y a otros pacientes.

Pero el propósito de este documento es orientar la actuación de las enfermeras y enfermeros que son portadores de estos virus, concretamente del virus de la inmunodeficiencia adquirida y del virus de la hepatitis B o C. El objetivo es, pues, mejorar la protección de la salud de los pacientes atendidos por enfermeras potencialmente portadoras, mediante la reducción del riesgo de transmisión de infecciones desde los profesionales y, también, salvaguardar los derechos de las mismas enfermeras cuando son infectadas por algunos de estos agentes biológicos, evitándoles cualquier exclusión innecesaria de su actividad profesional.

El grupo redactor de este documento dedicado a la actuación de las enfermeras cuando son portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana o de los virus de hepatitis B o C ha adoptado como modelo la publicación del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), *“Com actuar quan un metge és portador del virus de la immunodeficiència humana o dels virus de d’hepatitis B o C”*¹ al cual agradece su trabajo.

En este documento del COMB, se revisa la bibliografía publicada sobre la casuística de infecciones por VIH, VHB y VHC transmitidas de médico a paciente atendido, las circunstancias de transmisión, las medidas de prevención para evitar este riesgo y las conductas a seguir con los médicos infectados por alguno de estos virus.

También alerta que, el contagio de los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) en el ámbito sanitario puede producirse cuando las mucosas o la piel no intacta se exponen a la sangre de una fuente de infección y también en el caso de pinchazos o heridas con objetos punzantes o cortantes.

La enfermera, como en el caso del médico, puede convertirse en una fuente de infección directa, en caso de ser portadoras del virus, o indirecta si actúa como vector de transmisión. Aunque, de acuerdo con los datos disponibles, este riesgo es bajo, compartimos con el COMB que la seguridad de los usuarios justifica el interés y la preocupación tanto de las autoridades sanitarias, responsables de prevenir estas situaciones, como de las corporaciones profesionales en las que la sociedad encomienda velar por las buenas prácticas.

El Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB), como corporación profesional que ha sido delegada por la sociedad para garantizar la idoneidad de las actividades de los sus miembros, se hace responsable de establecer criterios de buena práctica y de difundirlos de manera que, el ejercicio profesional sea lo más adecuado posible. Por ello, este documento se refiere exclusivamente a enfermeras, aunque sus consideraciones puedan ser de aplicación al conjunto de los sanitarios, estudiantes incluidos.

2. Transmisión del virus VIH, VHB VHC de enfermera a paciente atendido

2.1 Transmisión del VIH

Los profesionales de salud, como cualquier otra persona, son susceptibles a infectarse por el VIH. Aunque no disponemos de información sobre la situación en nuestro país, es lógico deducir que entre los profesionales portadores hay enfermeras. Un dato de referencia que consta en el documento del COMB, es *que en Estados Unidos, aproximadamente un 5% de los casos de sida declarados corresponden a personal sanitario², aunque solo una parte muy pequeña se han contagiado de pacientes infectados atendidos³.*

2.2. Transmisión del VHB

El mismo documento nos informa, que el contagio del virus de hepatitis B a pacientes es frecuente y conocido⁴.

Se sabe que desde los años setenta, se han contabilizado 47 brotes epidémicos, que tuvieron como origen más común una intervención quirúrgica como fuente de infección de los cuales se atribuye a un profesional de la salud infectado por VHB, con una media de afectados por brote de 11 contagiados y un total de 500 infectados⁵.

Muy probablemente, la generalización de la vacunación antihepatitis B entre los profesionales de salud, conjuntamente con la introducción de material de bioseguridad, ha contribuido a la reducción del número de contagios.

Como, a pesar de la investigación llevada a cabo, no disponemos de datos que asocien la práctica enfermera a la infección, podemos utilizar los datos descritos por el COMB como valores de referencia los cuales consideran que, en la práctica, un/a profesional infectado/a con una carga vírica inferior a 10^3 copias/ml no comporta riesgo de contagio según consideran especialistas de 13 países.^{6,7}

Aún así enfatizan en que, la intervención preventiva más efectiva es la vacunación antiVHB de las enfermeras en el inicio de su formación. También, como en el caso de los cirujanos y residentes ya infectados habría que proponer como otra medida a considerar, el tratamiento de las enfermeras ya portadoras con fármacos antivirales que bloquea la replicación del virus.

2.3 Transmisión del VHC

El contagio del VHC de enfermera a paciente atendido puede producirse de varias maneras. Por ejemplo que la enfermera portadora, como en el caso del médico, al haberse cortado o pinchado con un bisturí o una aguja contaminada, infectará posteriormente al paciente. También puede ser que el exudado de una herida fuente contaminara las mucosas o los tejidos del paciente expuesto.

Aunque no disponemos de la evidencia de estudios retrospectivos iniciados, otros estudios sugieren que el riesgo es relativamente bajo.

3. Procedimientos Invasores que Predisponen a Exposiciones (PIPE)

El contagio a través de enfermeras portadoras a los pacientes que atienden puede producirse durante la realización de algún procedimiento con finalidad diagnóstica o terapéutica. Las áreas de mayor riesgo son aquellas donde se practican técnicas invasivas, como por ejemplo, quirófanos, salas de partos, en áreas de atención a urgencias de centros sanitarios y extrahospitalarios. Estos procedimientos asociados a la transmisión los denominamos "Procedimientos Invasores que Predisponen a Exposiciones (PIPE)"** y consisten en *la penetración quirúrgica de tejidos, cavidades o órganos, o en la resolución de heridas traumáticas mayores, que comportan el contacto de sangre o fluidos corporales entre el personal enfermero y el paciente durante las actividades asistenciales*⁸.

*Así, un PIPE es aquel procedimiento que implica un contacto eventual entre la sangre de un profesional sanitario, tejidos o una herida abierta del paciente que atiende. Coincidiríamos entonces, en que son todas las actividades realizadas en el interior de una cavidad, en espacios y heridas con poca visibilidad, que se hacen con instrumental de corte o punzante o que pueden liberar espículas de huesos o dientes, por lo que la sangre procedente de una lesión cutánea del sanitario puede entrar en contacto con mucosas o tejidos del paciente.*⁹

Según la Sociedad de Epidemiología de Salud de América (SHEA)¹⁰ en el último documento de marzo 2010 sobre las recomendaciones de actuación ante profesionales sanitarios infectados de VIH, VHB o VHC, se establece una clasificación de los procedimientos asociada al nivel de riesgo de transmisión de patógenos transmitidos por la sangre (Cuadro 1).

** Procedimientos Invasores que Predisponen a Infecciones (PIPI), en el caso del documento del COMB

Cuadro 1: Clasificación de los procedimientos asociada al nivel de riesgo de transmisión de patógenos transmitidos por la sangre. Fuente: Adaptada de la SHEA⁷

Categoría I: Procedimientos con riesgo mínimo de transmisión de virus transmitidos por sangre.

Ejemplo: Examen rutinario vaginal o rectal; exámenes endoscopios bajos: sigmoidoscopia, colonoscopia, ...
Endoscopias: coledoscopia, broncoscopia, etc.

Categoría II: Procedimientos en los que la transmisión de virus transmitidos por sangre es teóricamente posible pero poco probable.

Ejemplo: Utilización de dispositivos de acceso venoso y arterial que se realicen bajo la técnica antiséptica con aplicación de las precauciones estándar

Categoría III: Procedimientos en los que existe un riesgo definido de transmisión de virus transmitidos por sangre

Ejemplo: Procedimientos realizados de forma no electiva en Urgencias, incluyendo masaje cardíaco interno, realización de un parto o realización y sutura de una episiotomía.

Interacción con pacientes con riesgo importante de que el paciente muerda al profesional (pacientes violentos o con crisis epilépticas)

4. ¿Cómo reducir o eliminar el riesgo de infectar del VIH, VHB o VHC a los pacientes atendidos?

Coincidiendo otra vez con el documento del COMB, hay que observar con el máximo rigor las normas higiénicas generales, tales como lavarse las manos antes y después de cualquier manipulación; utilizar guantes en las técnicas invasivas y siempre que pueda haber contacto con mucosas o piel no intacta; lavar, desinfectar o esterilizar el material y utilizar material de un solo uso cuando esté indicado.

Es responsabilidad de los profesionales sanitarios adoptar todas aquellas medidas orientadas a disminuir el riesgo de contagio por una/un profesional portador/a así como el de transmisión cruzada entre personas atendidas por profesionales (no necesariamente infectados) que pueden actuar como vector de transmisión.

Así pues, las medidas indicadas para evitar la transmisión del VIH, VHB y VHC son las basadas en las normas de higiene recomendadas para prevenir cualquier infección transmitida por la sangre o los líquidos corporales^{11,12} y que se detallan en los apartados que se describen a continuación.

4.1. Cumplimiento estricto de las precauciones estándar

Son las de aplicación siempre que pueda haber contacto con sangre y otros líquidos corporales con independencia de la situación, serología del paciente y del sanitario, salvo del sudor¹³, como:

- a) Lavarse las manos antes y después del contacto con sangre y fluidos corporales, aunque se usen guantes. El hecho de utilizar guantes no evita la necesidad de lavarse las manos ya que pueden tener pequeños defectos o bien se pueden romper durante el uso.

- b) Utilizar guantes si hay posibilidad de contacto con sangre, líquidos corporales o material contaminado, y antes de tocar mucosas o piel no intacta. Los guantes deben cambiarse después de cada contacto o manipulación en un paciente, antes de atender otro y siempre que se rompan o se perforen. Hay que tener en cuenta el tiempo recomendado de uso según el tipo de material del guante.
- c) Prevenir las heridas causadas por agujas, bisturís y por cualquier otro instrumento que pueda perforar la piel. Rechazar el material punzante o cortante en contenedores especiales ad hoc resistentes a roturas. No se debe intentar encapuchar nunca las agujas. Es importante, siempre que sea posible y se disponga en el centro de trabajo, utilizar material de bioseguridad.
- d) Abstenerse de atender directamente a los pacientes y de manipular todo el material que se utilice para realizar procedimientos invasores, en caso de lesiones cutáneas exudativas hasta la curación de las lesiones.
- e) Utilizar material desechable cuando tenga que entrar en contacto con sangre y fluidos orgánicos; en caso de material reutilizable se deben seguir las normas de desinfección o de esterilización adecuadas ¹⁴.

4.2. Vacunación antihepatitis B

El documento de referencia elaborado por el COMB indica que *todo el personal sanitario debe estar inmunizado frente la hepatitis B*.

Sustentan que se ha demostrado que con la vacunación de la hepatitis B se podrían prevenir más del 95% de los casos de las hepatitis B de pacientes adquiridas a través de un profesional sanitario infectado¹⁵.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta la elevada eficacia y seguridad de la vacuna, es una recomendación firme para los sanitarios no inmunes, particularmente los que efectúan procedimientos invasores. Obviamente, hay que interpretar que también las enfermeras.

Desde 1991 en Cataluña la vacunación frente a la HVB está ya incluida en el calendario de vacunaciones.

4.3. Utilización de materiales de bioseguridad y equipos de protección individual

Para la realización de PIPE's se debe procurar la utilización de doble guante y cuando sea posible, si la técnica a realizar lo permite, la utilización de guantes reforzados (guantes con malla metálica) o guante anticorte (con fibra de Kevlar o aramida). Es muy importante proceder al cambio de guantes durante las intervenciones quirúrgicas de larga duración o cuando haya un pinchazo.

No todas las exposiciones percutáneas que se producen durante un procedimiento invasor son inevitables. Se ha demostrado que es durante las maniobras de conexión y en la manipulación del material punzante cuando se producen la mayoría de los pinchazos. La utilización del nuevo material de bioseguridad puede reducir significativamente la tasa de exposiciones percutáneas por este mecanismo¹⁶.

Es una exigencia profesional de garantía de calidad la utilización de material con medidas de bioseguridad y los centros sanitarios deben facilitar y promover el uso de estos materiales de seguridad, y la adopción de técnicas de trabajo más seguras con el fin de reducir el riesgo.

4.4 Formación continua de los profesionales

Todas las enfermeras tienen la obligación profesional y deontológica de mantener actualizados sus conocimientos sobre medidas de garantía de seguridad, nuevos materiales y prácticas tendentes a minimizar el riesgo de infección.

Todos los centros (centros públicos o privados) que se dedican a atender a personas en los diferentes ámbitos de la salud tienen por un lado la obligación de promover programas de formación que mejoren el nivel de conocimientos y las prácticas profesionales para, prevenir y minimizar los posibles riesgos para la salud de sus profesionales y de las personas que atienden.

4.5. Restricciones a la práctica profesional de las enfermeras portadoras de VIH, VHB o VHC

Aunque el riesgo de transmisión de virus de la enfermera portadora a enfermo sea bajo, la restricción de su actividad está justificada. Como en el caso de los médicos portadores¹⁷ por razones de:

- *Potencial gravedad de las infecciones que se pueden transmitir.*
- *Ausencia de medidas de inmunoprofilaxis para algunas de estas infecciones (VHC, VIH).*
- *Tratamientos de eficacia limitada (no en todos los casos y no resolutiva).*
- *Enfermedades con impacto emocional muy negativo.*
- *Sería socialmente inadmisibles que conociendo el riesgo no se tomaran medidas para disminuirlo.*

Los criterios, que se tienen en cuenta para efectuar las restricciones y las consecuentes recomendaciones se hacen en función de la tarea que desarrollan las enfermeras, que se puede clasificar en tres grupos:

- Grupo 1: Tareas donde las enfermeras no realizan PIPE's
- Grupo 2: Tareas donde las enfermeras realizan procedimientos invasivos no incluidos en los PIPE's (Ej: Suturas)
- Grupo 3: Tareas donde las enfermeras realizan PIPE's

Las enfermeras portadoras que realizan procedimientos invasivos no considerados predisponentes a exposiciones y las que no lo hacen, podrán desarrollar su trabajo habitual con la recomendación que apliquen con rigor las precauciones estándares. En cualquier caso, la cuestión de si una enfermera infectada puede seguir desarrollando su labor asistencial adecuadamente y sin riesgo para los pacientes, o bien si debe cambiar de puesto de trabajo, debe ser determinada de forma individual, en función del grado de riesgo existente. Sin

embargo, el apartado 10 de este documento, trata de los derechos de la enfermera portadora de estos virus.

Las enfermeras con una infección activa por el VIH, VHB o VHC no podrán efectuar PIPE's. Esta restricción se mantendrá hasta que se haya producido una inactivación de la replicación vírica, espontánea o inducida por el tratamiento.

La enfermera portadora deberá comunicar su situación al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del centro donde trabaja o al que le corresponde si ejerce por cuenta propia, para que analice el caso y tome las decisiones oportunas en cuanto a:

- Determinar las actividades clínicas que realiza el profesional.
- Evaluar el riesgo de transmisión de VIH, VHB Y VHC profesional/paciente de las actividades identificadas.

En cuanto a las enfermeras en el ejercicio libre de la profesión (que trabajan por cuenta propia), el desempeño de la notificación, debe hacerse a las Unidades de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Salud que le corresponda, en función de la localidad de establecimiento, a excepción de los que están establecidos en la ciudad de Barcelona, que lo harán a través del órgano de vigilancia epidemiológica de la Agencia de Salud Pública de Barcelona¹⁸.

A pesar de estas pautas de actuación se dirigen a enfermeras en ejercicio de su práctica asistencial, se recomienda que se hagan extensivas a los estudiantes de la titulación de Enfermería.

5. Asesoramiento a las enfermeras infectadas: Comissió d'Avaluació d'Infermeres Infectades per Virus transmissibles per sang (CAIIV)

En el seno del COIB, como órgano consultivo y asesor para la evaluación de cada caso particular, las características del puesto de trabajo, sus competencias y las posibles restricciones en caso de realización de PIPE's, se constituye la "Comissió d'Avaluació d'Infermeres Infectades per Virus transmissibles per sang (VHB, VHC, VIH)"- Comisión de Evaluación de enfermeras infectadas por virus transmisible por sangre (VHB, VHC, VIH)". Es un órgano del COIB, que se establece integrando enfermeras expertas en control de la infección, responsabilidad profesional, ética y deontología, prevención de riesgos laborales a través de las asociaciones o sociedades científicas enfermeras que disponga la estructura de la profesión enfermera en Catalunya.

En el momento de la aprobación de este documento, componen este órgano la Associació Catalana d'Infermeres per al Control de la Infecció (ACICI), la Asociación Catalana d'Infermeria del Treball i Salut Laboral (ACITSL) y un miembro representante de la Junta de Gobierno del COIB. Esta comisión contará con el apoyo de Societat Catalana Balear d'Infermeria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears (ACMSCB) para establecer las sinergias necesarias con el ámbito científico de la Medicina.

Esta comisión, actuará, principalmente, como órgano de asesoramiento a las enfermeras portadoras y de evaluación de la situación de estas enfermeras respecto a su práctica profesional, emitiendo las recomendaciones adecuadas en esta materia. Como en el caso del órgano homólogo del COMB, serán también funciones de esta comisión de evaluación:

- a) Servir de órgano de consulta para las enfermeras infectadas por VIH, VHB o VHC así como por los a los servicios de prevención de riesgos laborales, y Medicina Preventiva, y por la dirección de los centros sanitarios y docentes.

- b) Proponer a la autoridad sanitaria competente la adopción de medidas en los casos de incumplimiento grave de las modificaciones o limitaciones de la práctica clínica que se han recomendado.
- c) Efectuar recomendaciones específicas para nuevas pruebas invasoras.
- d) Velar por la confidencialidad de las enfermeras infectadas, para que no se pierdan sus derechos laborales y salariales, ni sean objeto de marginación.

Cuando una enfermera colegiada, los responsables de una Institución o cualquier ciudadano, precisen asesoramiento, el COIB la derivará a la Secretaria de la Comisión que convocará a los miembros de la misma para la evaluación del caso.

La normativa de funcionamiento de esta Comisión será establecida por reglamento específico, que aprobará la Junta de Gobierno del COIB. A tal efecto, se establecerá un circuito interno para el funcionamiento de esta Comisión de manera que, cuando la enfermera/ero colegiado precise asesoramiento, el COIB requerirá a las personas de referencia de las sociedades científicas específicas - actualmente l'Associació Catalana d'Infermeres per al Control de la Infecció (ACICI) y la Associació Catalana d'Infermeria del Treball i Salut Laboral (ACITSL) - que, en el marco de los acuerdos respectivos de colaboración entre estas sociedades y el COIB, establecerán entre ellas un turno rotatorio de localizaciones, para valorar la situación de la enfermera afectada y derivar, en su caso, el recurso más adecuado y evitando así posibles riesgos a los usuarios.

La Comisión podrá reunirse a requerimiento del COIB y de las enfermeras especialistas de referencia de las sociedades científicas mencionadas en función del número de casos atendidos y de su gravedad pero deberá hacerlo, como mínimo, una vez al año para analizar la casuística y revisar la posible actualización de este protocolo.

Las decisiones tomadas por esta Comisión se comunicarán directamente al profesional afectado con las máximas garantías de confidencialidad, serán vinculantes para el profesional y su incumplimiento se considerará una falta deontológica.

6. Investigación de los pacientes atendidos por un/una profesional portador/a

Corresponde a las autoridades sanitarias la decisión de emprender estas investigaciones. En el caso que a requerimiento de las autoridades sanitarias, judiciales o la petición, queja o denuncia de la propia persona atendida en el COIB, se podrá poner en marcha una investigación en relación a los riesgos de contagio para profesionales infectados a que haya sido sometido un paciente, velando siempre para el máximo beneficio del usuario y preservación de su intimidad.

7. Investigación serológica del personal sanitario

No se considera conveniente la investigación serológica sistemática de las enfermeras.

Es recomendable el estudio serológico voluntario previo a la incorporación a determinados puestos de trabajo de la práctica enfermera en los que se deben realizar PIPE's como urgencias extrahospitalarias, obstetricia, hemodiálisis, unidades de grandes quemados, salud mental, centros penitenciarios, entre otros.

Excepcionalmente estaría indicada en la investigación de una infección aguda por VIH, VHB o VHC en una persona no expuesta a factores de riesgo que haya sido sometida a una PIPE's en las semanas precedentes. Si alguno de los profesionales sanitarios se niega a someterse al examen se actuará como si fuera portador en lo que se refiere a la restricción de PIPE's.

Esta investigación es necesario que se realice con un escrupuloso respeto a la confidencialidad, y propuesta por las autoridades sanitarias competentes.

Son estas autoridades competentes (juez, departamento de salud, etc.) las que solicitarían al centro las pruebas para los trabajadores implicados y este determinaría quien hace las analíticas. Si tienen servicio de prevención propio, este será quien se encargue.

8. Responsabilidades de las enfermeras infectadas

La enfermera tiene, para con los ciudadanos a los que cuida, el deber de garante, que implica que tiene la obligación de garantizar el máximo beneficio para la persona que atiende y su seguridad en el proceso de atención para la salud. Esto implica, tanto en las actividades desarrolladas por ella misma como por cualquier otro miembro del equipo asistencial.

Según el Código de Ética del COIB¹⁹, el deber de garante implica proteger a las personas de cualquier conducta incompetente, desleal, deshonesto, ilegal o contraria a la ética. Por lo tanto debe abstenerse de practicar conductas que supongan un riesgo para la persona e impedir que otros las realicen.

8.1 Responsabilidades éticas de las enfermeras infectadas

Las enfermeras al escoger esta profesión contraen un compromiso con la sociedad y además de la responsabilidad, que ostentan como cualquier prestador de servicios, de garantía de la calidad del servicio, asumen una responsabilidad ética, de base deontológica, recogida en el Código de ética de la profesión que las responsabiliza públicamente como grupo profesional.

Este compromiso puede llevar a un conflicto ético y personal a la enfermera, confrontando sus intereses personales con su deber de garantía de seguridad y máximo beneficio del paciente. Según el Código de Ética, que en su artículo número 7 nos dice que *“la primera lealtad del profesional de enfermería es la que debe al enfermo/usuario; por tanto, la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia o interés personal”*, podemos concluir que si el riesgo para la salud del usuario va ligado a la práctica de PIPE's, no estará justificado éticamente su realización por parte de las enfermeras infectadas, aunque de la negativa o abstención se deriven perjuicios para sus intereses.

De este modo, absteniéndose de practicar PIPE's, además de proteger la seguridad de los ciudadanos se dará cumplimiento al artículo número 9 del Código de Ética cuando dice que: *“El profesional de Enfermería deberá proteger*

los derechos del enfermo/usuario dentro de su competencia, reconociendo la vulnerabilidad del mismo”, además del ya citado artículo número 11, referente al deber de garante, que dice literalmente: “El profesional de Enfermería ha de proteger al enfermo/usuario y al público en general cuando la salud y seguridad de éstos se ven amenazados por prácticas deshonestas, incompetentes, ilegales o contrarias a la ética”.

La restricción a realizar PIPE's se circunscribe a situaciones asistenciales ordinarias, pues en situación de emergencia desaparece cualquier restricción a la asistencia a fin de que el paciente sobreviva. Entre un riesgo potencial a la posible infección, si una enfermera portadora realiza una práctica invasiva con el fin de evitar la muerte de un paciente o ante un peligro real de disminuir las posibilidades de supervivencia del paciente por demora en la asistencia, el peligro real es prioritario al riesgo potencial.

La enfermera que se infecta con cualquier virus del HIV, HIB, HIC, tiene la obligación moral de informar de su enfermedad al organismo que tiene la facultad según su ámbito de trabajo y seguir sus indicaciones. No informar y ocultar la infección tiene unas connotaciones morales profundas que afectan no sólo a la enfermera que se ha infectado sino al conjunto de la profesión.

Tal como indica el Código Deontológico del COIB, la enfermera que esconde el hecho de estar infectada vulnera el compromiso profesional que tiene de buscar el derecho a la salud de los pacientes que atiende incumpliendo el compromiso de lealtad (artículo 3), no protegería a las personas frente a una práctica deshonestas (artículo 11), rompería la relación profesional basada en la confianza y el respeto que tienen las enfermeras con sus pacientes y podrían causar un daño moral al silenciar algo que ponga en peligro al paciente, en este caso, de contagio (Artículo 25).

8.2 Responsabilidades legales de las enfermeras portadoras

La enfermera además de la responsabilidad ética, administrativa y laboral, también tiene responsabilidad civil y penal. Es preciso poder acreditar haber actuado según los criterios de la normopraxis: que implican además del respeto a los Derechos del usuario, haber mantenido las actitudes de Atención, Diligencia, Pericia y Prudencia.

La responsabilidad administrativa implica el seguimiento de las normas dictadas por las diferentes Administraciones para la salvaguarda de la salud pública, así

como la Laboral en el ámbito de la salud del trabajo. La normativa más relevante en estos aspectos es la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales²⁰.

La responsabilidad penal es la derivada de la comisión de un delito en este caso sería por haber causado lesiones o incluso la muerte de un paciente, para ser punible debe ser una acción voluntaria o imprudente. Se considerará que ha habido imprudencia cuando la enfermera sabiendo que es previsible una infección y continúa haciendo PIPE's sin precauciones, o presenta una actitud pasiva (no vacunación, no determinación de pruebas serológicas). Para demostrar que no ha habido imprudencia deberá acreditar que se han previsto los daños que eran previsibles y se han evitado los evitables, estableciendo medidas de protección y comprobando que se cumplen.

Contrariamente, no es delito ante una situación de caso fortuito o por fuerza mayor. En estos casos debe plantearse si hay responsabilidad civil de la enfermera o del centro. Hay que recordar siempre que los protocolos son una fuente de información sobre la Lex Artis, pero no son una norma jurídica de valor obligatorio. Son guías genéricas para cada caso individual.

9. Responsabilidades de las Instituciones

Como proveedores de servicios, los centros son responsables de garantizar su calidad y seguridad, por lo tanto y en el marco de la gestión por competencias, en que hay que definir los puestos de trabajo según los conocimientos, habilidades, capacidades y actitudes requeridas para su desarrollo será necesario que se tengan en cuenta, al igual que se hace con los privilegios, las restricciones para algunas actividades o técnicas que puedan derivarse del estado de salud de cada uno de los profesionales de la organización, especialmente si conllevan algún riesgo para los usuarios.

10. Derechos de las enfermeras portadoras

La enfermera, como miembro del colegio profesional, debe exigir que sus derechos profesionales sean debidamente protegidos. Tal y como está reflejado en el punto 5 del Código Deontológico del COIB. Es de esperar que la enfermera no será discriminada y a la vez no discriminará a nadie por este tema.

El COIB a la vez que protege los intereses de los consumidores y usuarios de los servicios enfermeros, debe ocuparse de la defensa de los intereses profesionales de las colegiadas especialmente en las tentativas de extinguir los contratos por la vía del despido disciplinario improcedente o del despido objetivo por incapacidad sobrevenida, ya que se podría considerar despido nulo por añadir un elemento de segregación que lo haría discriminatorio.

La enfermera tiene derecho a la protección de su dignidad, a la intimidad y confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud. Según el artículo 10 de la Ley General Sanidad²¹, el artículo 22 de la Ley 31/1995 de Riesgos Laborales²², referente a medidas de vigilancia y control de su salud y la ORDRE 21/2000 DOGC²³ que ampara el derecho a la imagen, intimidad y honor.

Bibliografia

Bibliografia Referenciada

¹ Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB). Com actuar quan un metge és portador del virus de la immunodeficiència humana o dels virus de l'hepatitis B o C. Quadern de la bona praxi número 7. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB); 1997.

² Chamberland ME, Conley LJ, Bus TJ, Ciesielski CA, Hammett TA, Jaffe HW. Health care workers with AIDS. National Surveillance Update. JAMA. 1991; 266 (24): 3459-62.

³ Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB). Op. cit.

⁴ Garibaldi RA, Rasmussen CM, Holmes AW, Gregg MB. Hospital-acquired serum hepatitis. Report of an outbreak. JAMA. 1972; 219 (12): 1577-80.

⁵ Mele A, Ippolito G, Craxi A, Coppola RC, Petrosillo N, Piazza M et al. Risk management of HBsAg or anti-HCV positive healthcare workers in hospital. Dig Liver Dis. 2001; 33 (9): 795-802.

⁶ Campins Martí M. Actitud ante los profesionales infectados por VHB o VHC. Gastroenterol Hepatol. 2006; 29 (Supl 2): 210-5.

⁷ Henderson DK, Dembry L, Fishman NO, Grady C, Lundstrom T, Palmore TN et al. SHEA guideline for management of healthcare workers who are infected with hepatitis B virus, hepatitis C virus, and/or human immunodeficiency virus. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010; 31 (3): 203-32.

⁸ Centers for Disease Control (CDC). Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures. MMWR Recomm Rep. 1991; 40 (RR-8): 1-9.

⁹ Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB). Op. cit.

¹⁰ Henderson DK, Dembry L, Fishman NO, Grady C, Lundstrom T, Palmore TN et al. Op. cit.

¹¹ Centers for Disease Control (CDC). Update: Universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B and other bloodborne pathogens in healthcare settings. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1988 Jun 24; 37 (24): 377-82, 387-8.

¹² Joint Working Party of the Hospital Infection Society and the Surgical Infection Study Group. Risk to surgeons and patients from HIV and hepatitis: guide lines on precautions and management of exposure to blood or body fluids. BMJ. 1992; 305 (6865): 1337-43.

¹³ Departament de Sanitat i Seguretat Social. Precaucions i Mesures d'Aïllament per evitar la Transmissió de les infeccions de les Infeccions als Centres Sanitaris. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2009.

¹⁴ Departament de Sanitat i Seguretat Social. Recomanacions per a l'esterilització del Material Sanitari. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2000.

¹⁵ Gerberding JL. The infected health care provider. N Engl J Med. 1996 Feb 29; 334 (9) 594-5.

¹⁶ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Evaluation of blunt suture needles for preventing percutaneous injuries during gynecologic surgical procedures. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1997; 46 (2): 25-9.

¹⁷ Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB). Op. cit.

¹⁸ Decret pel qual es regula el sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics al Departament de Salut. Decret 67/2010 de 25 de maig. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm 5666, (8 de juliol de 2010).

¹⁹ Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (COIB). Codi d'Ètica d'Infermeria. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.

²⁰ Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/1995 de 8 de noviembre. Boletín Oficial de Estado, nº 269, (10-11-1995).

²¹ Ley General de Sanidad. Ley 3/1986 de 14 de abril. Boletín Oficial de Estado, nº 102, (10-11-1995).

²² Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Op. cit.

²³ Llei sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Llei 21/2000 de 29 de desembre. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm 3303, (11-01-2001).