

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

Versión revisada enero 2018

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

Agradecemos la colaboración de:

- Joan Conesa Garrido, actual vocal de Enfermería de Trabajo de la Junta de Gobierno del COIB.
- Manuel Alonso Herrero, especialista en Medicina de Trabajo, Unidad de Prevención de Riesgos Laborales Hospital Universitario Vall d'Hebron.
- Núria Cuxart Ainaud – Directora de Programas del COIB
- Anna Almirall Fernández, Servicios Administrativos 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..... | 3 |
| 2. Transmisión del virus VIH, VHB VHC de enfermera a paciente atendido | 4 |
| 2.1 Transmisión del VIH | 4 |
| 2.2. Transmisión del VHB..... | 5 |
| 2.3 Transmisión del VHC..... | 5 |
| 3. Procedimientos Invasores que Predisponen a Exposiciones (PIPE)..... | 6 |
| 4. ¿Cómo reducir o eliminar el riesgo de infectar del VIH, VHB o VHC a las personas que atendemos? | 7 |
| 4.1. Cumplimiento estricto de las precauciones estándar | 7 |
| 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..... | 10 |
| 4.5. Restricciones a la práctica profesional de las enfermeras portadoras de VIH, VHB o VHC | 10 |
| 5. Asesoramiento a las enfermeras infectadas: Comissió d'Avaluació d'Infermeres Infectades per Virus transmissibles per sang (CAIIV) | 13 |
| 6. Investigación de un posible contagio | 15 |
| 7. Investigación serológica de los profesionales de la salud..... | 15 |
| 8. Responsabilidades de las enfermeras infectadas..... | 16 |
| 8.1 Responsabilidades éticas de las enfermeras infectadas..... | 17 |
| 8.2 Responsabilidades legales de las enfermeras portadoras | 18 |
| 9. Responsabilidades de las Instituciones | 19 |
| 10. Derechos de las enfermeras portadoras..... | 20 |
| 11. Resumen de la actuación cuando hay inoculación de sangre o fluidos corporales de la enfermera a la persona atendida..... | 20 |
| 12. Annex I..... | 22 |
| 13. Annex II..... | 22 |
| Bibliografía | 24 |

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. Este interés se ha centrado prioritariamente en las medidas dirigidas a evitar que las personas con enfermedades transmisibles que atienden enfermerasⁱ, transmitieran agentes infecciosos a los profesionales de la salud o a otros usuarios.

El propósito de este documento es orientar la actuación de las enfermeras que son portadoras de virus, principalmente del Virus de la Inmunodeficiencia Humana adquirida (VIH) y del virus de la hepatitis B o C. El objetivo es, pues, mejorar la protección de la salud de las personas atendidas por las 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, evitándolos cualquier exclusión innecesaria de su actividad profesional.

La enfermera, puede convertirse en una fuente de infección directa, en caso de ser portadora del virus, o indirecta si actúa como vector de transmisión. A pesar que se afirma que, de acuerdo con los datos disponibles, este riesgo es bajo, 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, a las cuales la sociedad encomienda velar por las buenas prácticas.

Dicho esto, hay que tener en cuenta que los avances científicos en conocimiento, prevención, tratamiento, pronóstico y epidemiología de estas enfermedades no se han parado y los conocimientos actuales han dejado obsoletos algunos datos y consideraciones que eran válidas hace 8 años. La posibilidad de asegurar más del 90% de curación en las hepatitis por VHC con

ⁱ Del mismo modo que lo hace el Consejo Internacional de Enfermeras cuando se hace referencia a la enfermera hay que entender que se refiere a profesionales de ambos sexos

nuevas pautas de sólo doce semanas de tratamiento o la efectividad de los tratamientos actuales de la infección por VIH por el control de la replicación viral, hacen necesario revisar y actualizar el último documento de septiembre de 2011.

El Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB), que como corporación profesional ha sido delegada por la sociedad para garantizar la idoneidad de las actividades de 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 eso este documento, se refiere exclusivamente a enfermeras, aunque sus consideraciones puedan ser de aplicación al conjunto de los profesionales de la salud, estudiantes incluidos.

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

2.1 Transmisión del VIH

Los profesionales de la salud, como cualquier otra persona, son susceptibles a la infección por el VIH. Aunque no disponemos de información sobre la situación en nuestro país, es lógico deducir que entre los profesionales portadores hay enfermeras. Agud y cols, realizó en el año 1994 un estudio sobre los trabajadores sanitarios portadores del VIH y con sida atendidos en los hospitales del Servicio Vasco de Salud Osakidetza. De la muestra analizada (44 trabajadores) el análisis por categoría profesional mostraba que predominaban auxiliares de clínica y enfermeras (8 médicos, 10 enfermeras, 12 aux. clínica, 9 celadores, 5 otros) y que ninguno de los médicos o enfermeras habían realizado a lo largo de su vida profesional Procedimientos Invasivos Predisponentes a la Exposición¹

Un dato de referencia es que en los Estados Unidos, aproximadamente un 5% de los casos de sida declarados corresponden a personal sanitario² aunque sólo una parte muy pequeña se han contagiado de enfermos infectados³.

2.2. Transmisión del VHB

El contagio del virus de hepatitis B a los usuarios es lo más frecuente y conocido⁴. Se sabe que desde los años 70, se han contabilizado 47 brotes epidémicos y que el origen más común fue una intervención quirúrgica. La fuente de infección 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 y los usuarios, conjuntamente con la introducción de material de bioseguridad, ha contribuido a la reducción del número de contagios.

A pesar de la investigación llevada a cabo, no disponemos de datos que asocien la práctica enfermera a la infección. Se han publicado cinco estudios que han intentado medir la carga viral de los profesionales asociada al riesgo de transmisión. Los niveles de DNA-VHB oscilaban entre $6,4 \times 10^4$ i 5×10^9 copias /ml. Por este motivo, se considera que a la práctica, una carga viral inferior a 10^4 copias/ml se asocia a un riesgo de contagio prácticamente nulo⁶⁻⁷.

Aun así se destaca que la intervención preventiva más efectiva es la vacunación antiVHB de las enfermeras según el calendario vacunal (iniciado en 1991).

Se recomienda tratar con fármacos antivirales que bloquean la replicación del virus cuando la enfermera portadora tenga una carga viral alta.

2.3 Transmisión del VHC

La transmisión del VHC de enfermera a enfermo puede producirse de varias maneras. Por ejemplo, que la enfermera portadora, después haberse cortado o pinchado con un bisturí o una aguja, infecte a la persona atendida. También puede ser que el exudado de una herida contamine las mucosas o los tejidos del usuario expuesto. Con más frecuencia se puede dar, es el riesgo de transmisión por la utilización incorrecta de viales multidosis, cuando uno de los pacientes receptores de esta medicación está infectado y se reutiliza el material.

A pesar de que no disponemos de la evidencia de estudios retrospectivos iniciados, otros estudios/documentos sugieren que el riesgo es relativamente bajo.

3. Procedimientos Invasores que Predisponen a Exposiciones (PIPE)

El contagio de usuarios a través de enfermeras portadoras se puede producir durante la realización de algún procedimiento con finalidad diagnóstica o terapéutica. Las áreas de más riesgo son aquellas donde se practican técnicas invasivas, como por ejemplo en los quirófanos, en las salas de partos, en los servicios de urgencias de los centros sanitarios y en la atención extrahospitalaria.

Estos procedimientos asociados a la transmisión sanguínea de virus fueron definidos por la Center Disease Control (CDC) en el año 1991⁸ como "Procedimientos Invasores que Predisponen a Exposiciones (PIPE)"** y consisten en la penetración *quirúrgica de tejidos, cavidades o órganos, o en la reparación de heridas traumáticas mayores, que comporta el contacto de sangre o fluidos corporales entre el personal enfermero y el enfermo durante las actividades asistenciales*⁹. Por lo tanto, es "aquel procedimiento que hay riesgo de contacto, por accidente, entre la sangre de un trabajador sanitario y los tejidos o herida abierta de un paciente. Se incluyen todos los procedimientos que se realizan dentro de una cavidad abierta, herida con poca visibilidad del paciente, en los que las manos o las puntas de los dedos incluido del profesional sanitario no están visibles durante todo el tiempo o están en contacto con instrumental punzante o cortando (se incluyen aquí las espículas de huesos o de dientes). En estos casos hay riesgo de lesión cutánea del profesional sanitario y que su sangre entre en contacto con mucosas o tejidos del enfermo."

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, establece una clasificación de los procedimientos asociada al nivel de riesgo de transmisión de patógenos transmitidos por la sangre (Cuadre 1.).

4. ¿Cómo reducir o eliminar el riesgo de infectar del VIH, VHB o VHC a las personas que atendemos?

Según la evidencia científica y siguiendo las recomendaciones de diferentes organismos e instituciones *hay que observar con el máximo rigor las normas higiénicas generales, como por ejemplo lavarse las manos antes y después de cualquier manipulación; utilizar guantes en las técnicas invasoras y siempre que pueda haber contacto con mucosas o piel no intacta; lavar, desinfectar o esterilizar el material y usar material desechable cuando esté indicado.*

Es responsabilidad de los profesionales de la salud la adopción de todas aquellas medidas orientadas a disminuir el riesgo de contagio por uno/a 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 corporalesⁱⁱ⁻ⁱⁱⁱ y que se detallan en los apartados que se describen a continuación.

4.1. Cumplimiento estricto de las precauciones estándar

Las siguientes precauciones son de aplicación siempre que pueda haber contacto con sangre y otros líquidos corporales con independencia de la situación serológica del usuario y del profesional de la salud, salvo el sudor¹¹.

ⁱⁱ 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.

ⁱⁱⁱ 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 [acceso enero 2018]; 305 (6865): 1337-43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1883893/pdf/bmj00102-0037.pdf>

- a) Lavarse las manos antes y después del contacto, el hecho de utilizar guantes no evita la necesidad de lavarse las manos, puesto que pueden tener pequeños defectos o bien se pueden romper durante el uso, también se tienen que utilizar si hay posibilidad de contacto con sangre, líquidos corporales o material contaminado y antes de tocar mucosas o piel no intacta. Los guantes se tienen que cambiar después de cada contacto o manipulación con un usuario, antes de atender a otro y siempre que se rompan o se perforen. Se tiene que tener en cuenta el tiempo recomendado de uso, según el tipo de material del guante.

- b) Usar los equipos de protección personal si hay posibilidad de contacto con sangre, líquidos corporales o material contaminado y antes de tocar mucosas o piel no intacta. Hay que seguir las instrucciones de uso de cada equipo (gafas, bata, mascarilla, guantes).

- c) Prevenir las heridas causadas por agujas, bisturís y por cualquiera otro instrumento que pueda perforar la piel. Rechazar el material punzante o cortante en contenedores especiales ad hoc resistentes a roturas. No se tiene que intentar encapuchar nunca las agujas. Se tiene que priorizar el uso de material de bioseguridad¹².

- d) En caso de lesiones cutáneas exudativas, abstenerse de atender directamente a los usuarios y de manipular el material que se utilice para realizar procedimientos invasores dentro de la curación de las lesiones, excepto en situaciones de emergencia no previsible.

- e) Utilizar material de un solo uso cuando tenga que entrar en contacto con sangre y fluidos orgánicos. En caso de utilizar material reutilizable se tienen que seguir las normas de desinfección o de esterilización adecuadas¹³.

- f) Hay que seguir los procedimientos de limpieza y desinfección de superficies, así como una correcta aplicación de la gestión de residuos sanitarios.

- g) No utilizar la misma jeringuilla entre pacientes, aunque se cambie la aguja o la cánula.

- h) Utilizar los viales monodosis. En caso de tener que optar por viales multidosi por administración vía parenteral habrá que cambiar la

jeringuilla, la aguja y la cánula en cada aplicación. Además este material tendrá que ser estéril y de un solo uso.

4.2. Vacunación antihepatitis B

Todo el personal sanitario tiene que estar inmunizado ante la hepatitis B. Se ha demostrado que con la vacunación de la hepatitis B se podrían prevenir más del 95% de los casos de las hepatitis B adquiridas a través de un profesional de la salud infectado¹⁴. Por lo tanto, y teniendo en cuenta la elevada eficacia y seguridad de la vacuna, es una recomendación firme para los profesionales de la salud no inmunes, particularmente los que efectúan procedimientos invasores. Se recomienda dirigirse a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales o de Vigilancia de la Salud para tener al día el calendario de vacunaciones. También es conveniente que se hagan campañas de captación activa de los profesionales no vacunados.

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

Para la realización de PIPE's se recomienda la utilización de doble guante y cuando sea posible, si la técnica a realizar lo permite, de guantes reforzados (guantes con malla metálica) o guantes anticorte (con fibra de Kevlar o aramida). Hay que respetar la frecuencia de cambio recomendada según los tipos de guante y siempre que se rompan.

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 mecanismo¹⁵.

Según la orden ESS/1451/2013S¹⁶, por la cual se establece disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos punzantes o cortantes en el sector sanitario, es una exigencia profesional de garantía de calidad la utilización de material con dispositivos de bioseguridad y los centros sanitarios tienen que facilitar y promover el uso de estos, así como la adopción de técnicas de trabajo más seguras con el fin de reducir el riesgo.

Procedimientos específicos del trabajo

Hace falta que todos los profesionales conozcan, revisen y evalúen periódicamente los procedimientos de trabajo. Este elemento de mejora continua favorece la introducción de mejoras técnicas y de equipos que disminuyen tanto el riesgo de incidentes como de accidentes (por ej. Introducción de la correcta manipulación del material de bioseguridad, aparatos que eviten contacto con sangre o fluidos corporales).

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. Se tiene que garantizar que esta formación sea iniciada en las universidades puesto que tiene que ser un proceso continuo de aprendizaje y actualización de los conocimientos.

Todos los centros - públicos o privados- que se dedican a atender personas en los diferentes ámbitos de la salud tienen 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 por razones de:

- *La gravedad de las infecciones que se pueden transmitir.*
- *La ausencia de medidas de inmunoprofilaxis para algunas de estas infecciones (VHC, VIH).*

- La eficacia limitada de los tratamientos (no en todos los casos y no resolutive)
- El impacto emocional muy negativo de estas enfermedades
- *La imprudencia que representa no tomar medidas para disminuir el riesgo*

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

| |
|--|
| <p>Categoría I: Procedimientos con riesgo mínimo de transmisión de virus transmitidos por sangre.</p> <p>Ejemplo: Examen rutinario vaginal o rectal; exámenes endoscopios bajos: sigmoidoscopia, colonoscopia, ... Endoscopias: coledoscopia, broncoscopia, etc.</p> |
| <p>Categoría II: Procedimientos en los cuales la transmisión de virus transmitidos por sangre es teóricamente posible pero poco probable.</p> <p>Ejemplo: Utilización de dispositivos de acceso venoso y arterial que se realicen bajo la técnica antiséptica con aplicación de las precauciones estándar.</p> |
| <p>Categoría III: Procedimientos en los cuales existe un riesgo definido de transmisión de virus transmitidos por la sangre.</p> <p>Ejemplo: Procedimientos realizados de forma no electiva en Urgencias, incluyendo masaje cardíaco interno, realización de un parto, realización y sutura de una episiotomía</p> <p>Interacción con usuarios con riesgo importante que muerdan al profesional.</p> |

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.

Las restricciones aplicadas a las enfermeras con una infección activa por VIH, VHB, VHC se resumen en la siguiente tabla:

| RECOMENDACIONES DE RESTRICCIONES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LOS PROFESIONALES INFECTADOS POR VIH, VHB O VHC | | |
|--|---|--|
| TIPO DE VIRUS (CARGA VIRAL) | CATEGORÍA DE RIESGO DE LA ACTIVITAT | RECOMENDACIÓN |
| VHB: < 10 ⁴ copias/ml ≤ 10 ⁴ copias/ml ≥ 10 ⁴ copias/ml | Categorías I, II, III Categorías I, II Categorías III | No restricciones No restricciones Restricción hasta la carga viral < 10 ⁴ copias/ml |
| VHC: < 10 ⁴ copias/ml ≤ 10 ⁴ copias/ml ≥ 10 ⁴ copias/ml | Categorías I, II, III Categorías I, II Categoría III | No restricciones No restricciones Restricción hasta la carga viral < 10 ⁴ copias/ml |
| VIH: <5x10 ² copias/ml <5x10 ² copias/ml >5x10 ² copias/ml | Categorías I, II, III Categorías I, II Categoría III | No restricciones No restricciones Restricción hasta carga viral < 5x10 ² copias/ml |
| <p>NOTA: Estas recomendaciones tienen que entenderse como las adecuadas en la mayoría de los actos médicos y quirúrgicos que se han mencionado, pero hay que advertir que cada caso puede tener la suficiente complejidad como para necesitar una evaluación individualizada, teniendo como marco de referencia los procedimientos expuestos en esta mesa.</p> <p>Por ejemplo, la colposcopia se considera que tiene una categoría II de riesgo, pero siempre y cuando, para obtener una buena visualización del cuello uterino, no se haga un uso de valvas o espéculo que puedan producir pequeñas heridas que sangren. No hay que decir que se trata de colposcopia simple, pues si esta exploración va dirigida a hacer una biopsia, el riesgo será de categoría III.</p> <p>a) Ver Cuadro 1: Procedimientos asociados al riesgo de transmisión. Categorización según riesgo (adaptado de las recomendaciones de la SHEA)</p> <p>b) No se indicarán restricciones siempre y cuándo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) No se haya documentado que el profesional infectado ha transmitido la infección a pacientes. 2) Se haya hecho la evaluación del caso por el comité pertinente. 3) El profesional infectado se someta a las analíticas de control y seguimiento por la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales (o médico experto responsable) cada 6 meses, para garantizar que la carga viral se mantiene en niveles inferiores a los considerados de riesgo. 4) El profesional infectado tenga una buena adherencia a las precauciones estándar y adopte las medidas de prevención de la transmisión que se le indiquen (utilización de doble guante para la realización de procedimientos de categoría II y III, cambio frecuente de guantes durante los procedimientos). | | |

Las enfermeras portadoras que realizan procedimientos invasores no considerados predisponentes a exposiciones y las que no 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 portadora puede continuar desarrollando su tarea asistencial adecuadamente y sin riesgo para los usuarios, o bien si tiene que cambiar de puesto de trabajo, tiene que ser determinada de manera 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.

La enfermera portadora, cuando en el contenido de su puesto de trabajo hayan incluidos PIPE's, tendrá que dirigirse a la vigilancia de la salud del servicio de prevención de riesgos laborales del centro donde trabaja o al que le corresponda si ejerce por cuenta propia, para que se analice el caso y tomen 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/usuario de las actividades identificadas.
- Adecuar el puesto de trabajo a las condiciones específicas.
- También puede dirigirse la Comisión de evaluación de enfermeras infectadas por virus transmisibles por sangre (CAIV) del COIB para recibir el asesoramiento necesario.

A pesar que 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 (CAIV)

La Comisión de Evaluación de Enfermeras Infectadas por virus transmisible por sangre (CAIV) es un órgano del COIB que incorpora enfermeras expertas en control de la infección, responsabilidad profesional, ética y deontología y prevención de riesgos laborales. En el momento de la aprobación de este documento, componen este órgano la Asociación Catalana de Enfermeras para el Control de la Infección (ACICI), la Asociación Catalana de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral (ACITSL) la Asesoría de Responsabilidad Profesional

del COIB. La Comisión Deontológica del COIB, la Vocalía de Enfermería del Trabajo del COIB y la Sociedad Catalana de Salud Laboral.

Esta comisión actuará, principalmente, como órgano de asesoramiento a las enfermeras portadoras y de evaluación de la situación de estas enfermeras respecto su práctica profesional, emitiendo las recomendaciones adecuadas en esta materia, 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 servicios de prevención de riesgos laborales y medicina preventiva, por los médicos que los atienden y para 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.
- e) Organizar actividades docentes divulgativas y asesorías en relación a la prevención de la infección.

Cuando una enfermera colegiada, los responsables de una institución o cualquier ciudadano, precisen asesoramiento, el COIB los derivará al servicio de atención colegial, que convocará a los miembros de la Comisión para la evaluación del caso.

La constitución de esta Comisión fue aprobada en Junta de gobierno del COIB el día 16 de febrero de 2011, y a tal efecto, su normativa y su funcionamiento se establecerá un circuito interno para el funcionamiento de esta comisión de manera que, cuando alguna de las personas e instituciones mencionadas anteriormente precise asesoramiento, el COIB requerirá a las personas de referencia de las sociedades científicas específicas -la Asociación Catalana de Enfermeras para el Control de la Infección (ACICI) y la Asociación Catalana de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral (ACITSL). En el marco de los acuerdos respectivos de colaboración entre estas sociedades y el COIB, se establecerá entre las mismas asociaciones un turno rotatorio de localizaciones para valorar la situación de la enfermera afectada y derivarla, en su caso, al recurso más adecuado para evitar 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.

Las limitaciones para la práctica profesional dependen de la situación clínica de la enfermera infectada, de su evolución y de los resultados de los tratamientos que realice y por lo tanto siempre pueden ser revisadas a petición de la propia interesada, para determinar si las limitaciones impuestas en el ejercicio de su especialidad, pueden ser modificadas, o no.

6. Investigación de un posible contagio

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, habrá que emprender una investigación en relación a los riesgos de contagio de usuarios atendidos por profesionales afectados, velando siempre por el máximo beneficio de la persona atendida, para preservar su intimidad y previa información y consentimiento.

7. Investigación serológica de los profesionales de la salud

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 de la salud 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 necesaria que se realice con un escrupuloso respeto a la confidencialidad, y a propuesta de las autoridades sanitarias competentes.

Son estas autoridades competentes (juez, Departamento de Salud, etc.) las que deben solicitar al centro las pruebas para los trabajadores implicados y este determinará quien hará 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 la obligación de garantizar el máximo beneficio y la seguridad de la persona que atiende en el proceso de atención para la salud. Esto afecta a las actividades desarrolladas por la enfermera y también por cualquier otro miembro del equipo asistencial.

El deber de garante implica proteger las personas de cualquier conducta incompetente, desleal, deshonesto, ilegal o contraria a la ética. Por lo tanto, tiene que abstenerse de practicar conductas que supongan un riesgo para la persona e impedir que otros las lleven a cabo.

La enfermera que conocedora de su condición de infectada no quiera notificarlo, tiene que valorar la restricción de realizar PIPE's y adoptar las medidas de precaución en función del trabajo que realiza. Para asesorarse de estas medidas puede dirigirse al COIB o a su servicio de prevención de riesgos laborales. En caso de obviar estas medidas se puede incurrir en responsabilidades éticas, civiles-penales y en último caso, laborales.

8.1 Responsabilidades éticas de las enfermeras infectadas

Las enfermeras y los enfermeros, al elegir la profesión, se comprometen con la sociedad a proporcionar curas enfermeras seguras, competentes, compasivas y conformes a la ética profesional y, al mismo tiempo, dan cuenta de sus acciones y de las consecuencias que se derivan del ejercicio de la profesión. Los valores que sostienen la profesión se expresan en el Código de Ética, donde se recogen los valores compartidos por el conjunto de enfermeras y enfermeros.

En el caso que nos ocupa, las curas enfermeras están relacionadas con la práctica de PIPE's y, bajo la responsabilidad que nos corresponde, la enfermera infectada tiene que tomar las máximas medidas que estén a su alcance, como buscar asesoramiento al COIB, dirigirse a la vigilancia de la salud del servicio de prevención del centro donde trabaja o al que le corresponda si ejerce por cuenta propia para no tener que realizar este procedimiento y garantizar la seguridad de la persona atendida. Así queda especificado en los siguientes artículos del Código Deontológico:

Artículo 18: «La enfermera hace de su autocuidado una parte fundamental de su objetivo profesional, por lo que se responsabiliza de mantener un nivel óptimo de salud en beneficio de su propia capacidad para cuidar.»

Artículo 20: «La enfermera, si en algún momento considera que no tiene la aptitud o el nivel de salud óptimo para proporcionar cuidados enfermeros, solicita un nuevo lugar de trabajo que se adecue a su situación de salud o, en el caso de que no lo obtenga, busca estrategias para garantizar la seguridad de la persona atendida.»

Artículo 23: «La enfermera se niega a colaborar en prácticas que no garanticen la seguridad de las personas y se compromete a llevar a cabo las acciones que corrijan la situación.»

El carácter ético de la disciplina enfermera parte del reconocimiento que las personas, por razón de su dignidad, poseen unos derechos inalienables, como lo son, entre otros, el derecho a la salud, y por eso merece ser cuidada con la máxima consideración y respeto. Incumplir este derecho incurriría en:

Artículo 1: «La enfermera respeta, protege y promueve la dignidad de la persona atendida y los derechos humanos que le corresponden. Ante la vulneración de algún derecho, emprende medidas para que ese derecho se

respete y, si no consigue que sea respetado, lo comunica formalmente a la instancia o autoridad responsable.»

Es necesario que la enfermera vele de manera individual por la buena imagen de todo el colectivo enfermero y reflexione sobre sus actos desde su responsabilidad profesional.

Artículo 6: «La enfermera contribuye al crecimiento de la disciplina y a la buena imagen social de la profesión enfermera fomentando la crítica constructiva a partir de preguntas que se plantea desde su responsabilidad profesional.»

8.2 Responsabilidades legales de las enfermeras portadoras

La enfermera, además de la responsabilidad **ética** ostenta otras responsabilidades cómo son: la **administrativa**, derivada de las normas que han dictado las diferentes Administraciones públicas; y la **laboral** que dependerá de la modalidad de prestación de servicios, ya sea como autónomo, empresario o contratado por cuenta ajena, y también variará según el tipo de contrato, la titularidad de la empresa o institución.

También y, directamente relacionada con la práctica profesional, ostenta las responsabilidades civiles y penales. La responsabilidad **civil** implica la obligación de reparar el posible daño causado en el ejercicio profesional y la **penal** supone la imposición de un castigo por el hecho de haber cometido un delito, ya sea de forma voluntaria o por una conducta imprudente en la actividad profesional.

Para no incurrir en imprudencia hay que prever la posibilidad de causar aquellos daños que son previsibles y poder acreditar que se han procurado evitar los que son evitables.

Por lo tanto, es preciso tomar las medidas precautorias para evitar posibles contagios a terceros y disponer de los medios para poder acreditar que se ha actuado según los criterios de la normopraxi asistencial, lo que implica, además de una práctica técnicamente y científicamente correcta, de acuerdo a las normativas éticas y legales, idoneidad de medios y el respecto a los derechos

del usuario. Todo esto observando las actitudes de atención, diligencia, pericia y prudencia.

Hay que decir, obviamente que, el que se ha mencionado se refiere a situaciones ordinarias, no a los casos de emergencia o fuerza mayor en que entonces hará falta, como facultativos que sueñan las enfermeras, que valoren en cada caso concreto la balanza de posible riesgo en relación al beneficio esperado y actúen responsablemente

Hay que decir, obviamente que, lo que se ha mencionado se refiere a situaciones ordinarias, no a los casos de emergencia o fuerza mayor en que entonces hará falta, como facultativas que son las enfermeras, que valoren en cada caso concreto la balanza de posible riesgo en relación al beneficio esperado y actúen responsablemente.

9. Responsabilidades de las Instituciones

Como proveedores de servicios, los centros son responsables de garantizar su calidad y seguridad. Por lo tanto, 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 por su desarrollo, será necesario que se tengan en cuenta, del mismo modo 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.

Las precauciones que los profesionales y los centros adoptan para prevenir y reducir el riesgo de contagio van destinadas en primer lugar a incrementar la seguridad de los usuarios, a la vez que también colaboran a la seguridad jurídica de las instituciones y de las enfermeras con la adopción de las medidas propias de una conducta prudente.

10. Derechos de las enfermeras portadoras

La enfermera, como miembro del colegio profesional, debe exigir que sus derechos profesionales sean debidamente protegidos.

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/os 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. Así lo determina el artículo 10 de la Ley General Sanidad¹⁷, el artículo 22 de la Ley 31/1995 de Riesgos Laborales¹⁸, referente a medidas de vigilancia y control de su salud y la ORDRE 21/2000 DOGC¹⁹ que ampara el derecho a la imagen, intimidad y honor.

11. Resumen de la actuación cuando hay inoculación de sangre o fluidos corporales de la enfermera a la persona atendida

Si la enfermera no sabe que es portadora (Anexo I)

Si la enfermera no sabe que es portadora hay que hacer un estudio serológico a la enfermera y al usuario, según el protocolo de cada centro.

Una vez recibidos los resultados del estudio:

- Si la enfermera no es portadora: no habrá que tomar medidas de control.

- Si la enfermera es portadora: se deberá seguir las recomendaciones del documento *Como actuar cuando una enfermera es portadora del virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida, del virus de la Hepatitis B o C* del COIB y se hará el seguimiento serológico de la persona atendida.

Si la enfermera es portadora (Anexo II)

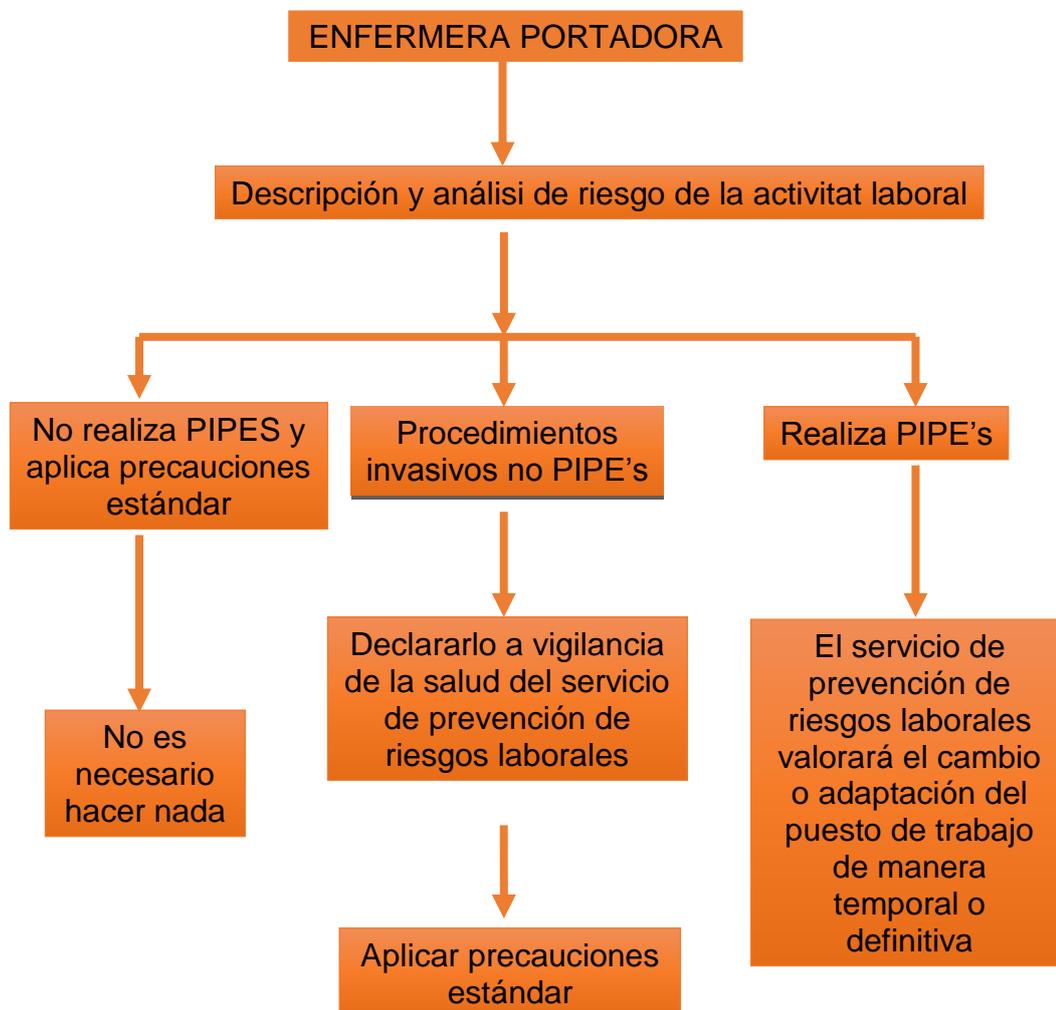
- Procedimientos invasivos no PIPE's y de categoría I y II
 - Declararlo al servicio de medicina del trabajo (prevención de riesgos).
 - Adaptar el puesto de trabajo eliminando actuaciones de riesgo.
 - Aplicar precauciones estándares
- PIPE's
 - Restricción de la práctica profesional hasta que se produzca la inactivación de la replicación viral, ya sea de forma espontánea o inducida por el tratamiento. (tabla 1)

12. Anexo I



En caso de dudas contactar con la Comissió d'Avaluació d'Infermeres Infectades per Virus transmissibles per sang (CAIIV) del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona

13. Anexo II



En caso de dudas contactar con la Comissió d'Avaluació d'Infermeres Infectades per Virus transmissibles per sang (CAIIV) del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona

Bibliografia

- ¹ JM AGud, K. Aguirrebengoa, A, Andia, J, Mayo, F. Rodriguez-Arrondo, A. Urzelei y Z. Zubero. El punto de vista de los profesionales sanitarios portadores del VIH. Jano 1995; XLIX: 10-112
- 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 Gunson RN, Shouval D, Roggendorf M, Zaaijer H, Nicholas H, Holzmann H et al. Hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV) infections in health care workers (HCWs): guidelines for prevention of transmission of HBV and HCV from HCWs to patients. J Clin Virol, 2003; 27: 213-30
- ⁷ Henderson DK, Dembry L, Fishman NO et al. 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;31:203-232.
- ⁸ CDC. Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures. MMWR 1991;40:RR-8
- ⁹ 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 [acceso enero 2018]; 40 (RR-8): 1-9. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00014845.htm>
- ¹⁰ Henderson DK, Dembry L, Fishman NO, Grady C, Lundstrom T, Palmore TN et al. Op. cit
- ¹¹ Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona : Precaucions d'aïllament per evitar la transmissió d'agents infecciosos als centres sanitaris Generalitat de Catalunya; 2009 [acceso enero 2018. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/contingut_responsiu/salutAZ/G/Grip/document_s/arxius/precaucionsdailament.pdf
- ¹² Directiva 2010/32/UE del Consejo de 10 de mayo de 2010 que aplica el Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario celebrado por HOSPEEM y EPSU. Diario Oficial de la Unión Europea, 1 de junio de 2010.

- ¹³ Departament de Sanitat i Seguretat Social. Recomanacions per a l'esterilització del Material Sanitari [disponible a Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2000 [acceso enero 2018]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/2997/recomanacions_esterilitzacio_material_sanitari_2000.pdf?sequence=1
- ¹⁴ Gerberding JL. The infected health care provider. N Engl J Med. 1996 Feb 29; 334 (9) 594-5.
- ¹⁵ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Evaluation of Blunt Suture Needles in Preventing Percutaneous Injuries Among Health-Care Workers During Gynecologic Surgical Procedures [Disponible en Internet]. [acceso enero2018]; 46 (2): 25-9. Disponible a: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/414009?redirect=true>
Referencia correcta: JAMA. 1997 Feb 12;277(6):451-2.
- ¹⁶ Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario. Boletín Oficial del Estado, núm. 182, de 31 de julio de 2013, pp. 55812 a 55819. http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-8381
- ¹⁷ Ley General de Sanidad [Disponible en Internet]. Ley 3/1986 de 14 de abril. Boletín Oficial de Estado, nº 102 [acceso enero2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- ¹⁸ Ley de Prevención de Riesgos Laborales [Disponible en Internet]. Ley 31/1995 de 8 de noviembre. Boletín Oficial de Estado, nº 269, [acceso enero 2018]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-24292
- ¹⁹ Llei sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica [Disponible en Internet]. Llei 21/2000 de 29 de desembre. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, nº 3303, [acceso febrero 2011]. Disponible en: http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=246194&action=fitxa