

EXPERIENCIA DE AISLAMIENTO ESTRUCTURAL EN PACIENTES VHC POSITIVOS

Alícia Rey Miguel, Nuria Estany Ramió, M^a Angels Pérez García.

Servicio de Nefrología del Hospital Comarcal de Figueres.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes hemodializados constituyen un grupo de alto riesgo en las infecciones por el virus VHC. Según los últimos datos editados por la Generalitat de Catalunya en nuestra Comunidad Autónoma, la prevalencia de infección por VHC en las diferentes unidades de hemodiálisis oscila entre el 10 y el 30%.

Estos pacientes, una vez infectados, representan una fuente potencial de contagio para los profesionales sanitarios que los atienden, para los demás pacientes que se dializan en la misma unidad y para sus familiares.

En algunas ocasiones se observan nuevos casos de hepatitis C en pacientes dializados que anteriormente no estaban infectados. Se considera que una gran mayoría de estos han adquirido la infección en la misma unidad.

Las posibilidades de infección son mas altas cuantos más pacientes infectados se dializan. La prevención de la hepatitis C relacionada con las actuaciones sanitarias tiene la máxima importancia por razones éticas y legales. Es importante el cumplimiento de las precauciones universales por parte del personal sanitario de la unidad al ser responsabilidad de todos los estamentos profesionales sanitarios y de la dirección de las instituciones.

JUSTIFICACIÓN

Una seroconversión puede representar para un paciente con insuficiencia renal crónica terminal:

- La mayor dificultad para realizar un trasplante renal.
- La probabilidad en un 25% de que se produzca una hepatitis aguda y en un 75% de que se produzca una hepatitis crónica. El VHC también es responsable del 50% de las cirrósisis hepáticas y de más del 65% de los casos de carcinoma hepatocelular en los países desarrollados.

La repercusión en la unidad de hemodiálisis de un aumento de seroconversiones conlleva un aumento de la probabilidad de contagio del resto de pacientes.

Si a estas consideraciones, añadimos las características geográficas de nuestro centro, (está ubicado en una zona turística de gran afluencia), hace que tengamos una rotación e incremento de pacientes importante (10% del total de las diálisis / año, mayoritariamente concentrados en dos meses punta) hecho que potencia la probabilidad de seroconversión.

Por todo ello, siendo conscientes de que el mecanismo de seroconversión en las unidades de hemodiálisis no esta claramente definido y existiendo consideraciones epidemiológicas que indican que muy probablemente las infecciones se transmitan de forma cruzada (de un paciente a otro, a través del personal sanitario) nos hace plantear el presente estudio, donde se pretende analizar nuestra situación ante un aislamiento estructural para estos pacientes.

OBJETIVO

Valorar la posibilidad de seroconversión de pacientes no infectados por VHC previo aislamiento estructural de los pacientes seropositivos.

MATERIAL Y MÉTODO

(Fig 1). Estudio retrospectivo, donde se realiza una revisión histórica de 8 años con diferentes medidas de aislamiento para los pacientes infectados por VCH.

En 1.990, nueve de nuestros pacientes eran VHC positivos, dos de ellos procedentes de un trasplante renal. El resto de los pacientes tenían como características comunes una larga permanencia en programa de hemodiálisis y la mayoría habían recibido transfusiones sanguíneas. Durante este período de tiempo no existió ninguna medida de aislamiento concreta.

En Enero de 1.992, apareció una décima seroconversión de una paciente que compartía monitor con uno de los nueve pacientes infectados por VHC y por este motivo se decidió realizar un aislamiento por monitores.

En 1.993 nuestra prevalencia era del 18,51 % dado que uno de los 10 pacientes del año anterior fue exitus.

En mayo de 1.994, debido a motivos de expansión del servicio y por disponer de una sala infrautilizada, tuvimos la posibilidad de aislar la población de pacientes VHC positivos. (Fig 2). En aquel momento se realizó un trasplante renal y empezaron tratamiento dos nuevos pacientes, uno de ellos procedente de trasplante renal. La prevalencia fue de del 16,17%.

En 1.995 tuvimos un nuevo exitus y la prevalencia fue del 14,70%.

En 1.996 seguimos con diez pacientes y una prevalencia del 15,15%.

En 1.997 al tener tres exitus quedaron siete pacientes, siendo la prevalencia del 14,70%.

En 1.998 tuvimos dos exitus y apareció una seroconversión en una paciente que se trasladó durante dos meses a otro centro por vacaciones, la prevalencia era del 13,23%.

Desde que se realizó el aislamiento estructural en el año 1.994 los pacientes con VHC positivo, disponen de una sala con acceso y vestuarios propios.

La sala está dotada de cuatro monitores y uno de reserva (tres monitores Hospal SC y dos Gambro Ak 100), en este punto incidimos sobre la posibilidad de evitar las infecciones verticales a través de los monitores.

El material utilizado para las sesiones de hemodiálisis es de uso exclusivo para estos pacientes.

Se asigna una enfermera para cada turno de hemodiálisis en la sala VHC positivo, existiendo una rotación quincenal del personal de enfermería.

Se aplican las medidas de precaución universales para disminuir el riesgo de contagio horizontal, y esto se hace de forma garantizada incluso en condiciones tales como:

En los momentos de máxima actividad.

Ante posibles complicaciones técnicas o hemodinámicas que requieren una rápida respuesta por parte del personal sanitario.

Esta política de aislamiento ha motivado una selección rigurosa de los pacientes desplazados que solicitan dializarse en nuestro centro, siendo imprescindible conocer sus marcadores y según estos, ubicarlos en la sala de hemodiálisis adecuada. La finalidad de ello es garantizar el aislamiento de los pacientes seropositivos.

La determinación de los anticuerpos se realiza en nuestro centro mediante un test Elisa de tercera generación.

RESULTADOS

Desde el inicio del aislamiento por salas en el año 1994 hasta el año 1998 solo hemos tenido una seroconversión, que además fue ajena a nuestro centro. Basámos esta afirmación en

los siguientes hechos:

- El 1 de diciembre de 1997 se realizaron anticuerpos a todos los pacientes negativos sin objetivar ninguna seroconversión.
- En marzo de 1998 de nuevo realizamos anticuerpos a todos los pacientes negativos obteniendo los mismos resultados, incluida esta paciente que ya había realizado su período vacacional en un centro donde se habían dado algunas seroconversiones sin saber el motivo.
- En abril de 1998 y debido a una clínica compatible con una hepatitis aguda, se repiten los anticuerpos, siendo estos positivos.

CONCLUSIONES

El aislamiento por salas no solo conlleva una separación de monitores sino también del material utilizado para estos pacientes y del personal sanitario que les atiende exclusivamente en cada turno.

Todo ello sirve para eliminar la transmisión horizontal (entre pacientes teniendo como vector el personal sanitario) y la transmisión entre monitores.

Según nuestra experiencia, al aislar a los pacientes por salas, disminuimos el riesgo de contagio en nuestra unidad de hemodiálisis y esto nos ha permitido no tener ninguna seroconversión propia durante este período de tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat y SS. Prevenció y control de la hepatitis C als Centres Sanitaris.
2. J. Sanchez, E. Porras, J. Lara, J.M. Frnández de Cordova, S. Vázquez, R. Zarza, R. Ramos y A. Valverde.: Virus de la hepatitis C y hemodiálisis. XVIII Congreso Nacional Sociedad Enfermería Nefrológica. Pag.220. La Coruña 1993.
3. A. Reyero López, I. Bermejo, S. Navas.: Raconalidad de las medidas de control de enfermería contra la diseminación de hepatitis por virus C en diálisis peritoneal y hemodiálisis: Consecuencias prácticas de la determinación de MA viral. Congreso Nacional Sociedad Enfermería Nefrológica. Pag 227. La Coruña 1993.
4. I. Lorenzo, R. Lázaro, N. Nakamura, M. Paredes, M.S. Panduro.: Medidas profilácticas para la prevención de la transmisión del virus de la Hepatitis C en las unidades de hemodialisis. XIX Congreso Nacional Sociedad Enfermería Nefrologica. Pag 92. Alicante 1994.
5. Isseibacher, Braunwald, Wilson, Martín, Fauci, Kasper. Harrison.: Principios de la Medicina Interna. 13ª edición. Interamericana. Mc Graw-Hill. Vol II, Pág. 1687.

Fig. 1

PACIENTES	1990/92	1993	1994	1995	1996	1997	1998
A	*	*	*	*	*	*	*
B	*	*	*	*	*	Exitus	
C(*)	*	*	*	*	*	*	*
D	*	Exitus					
E	*	*	*	*	*	Exitus	
F	*	*	*	*	*	*	Exitus
G(*)	*	*	TR				
H	*	*	*	*	*	*	*
I	*	*	*	*	*	*	Exitus
J(**)	*	*	*				
K		*	*	*	*	Exitus	
L				*	*	*	*
M(*)				*	*	*	*
N(**)							*
O(***)							*

(*)-Pacientes procedentes de trasplante renal.

(**) - J: Paciente seroconvertida en nuestro centro en 1991 cuando no realizabamos ningún tipo de aislamiento.

N: Seroconversión en centro vacacional.

(***)Traslado por cambio de domicilio.

Fig 2 Prevalencias de pacientes propios (son aproximadante 60 al año).

