

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LA HEPATITIS C EN LAS UNIDADES DE DIÁLISIS

M^a Dolores González Puértolas, M^a Antonia Fernández Pascual, Montserrat Latasa Origüen, M^a Pilar Rello Varas, M^a Palmira Barbero Pierna y M^a Gloria Pérez Sierra.

SERVICIO HEMODIÁLISIS HOSPITAL UNIVERSITARIO
MIGUEL SERVET, ZARAGOZA

INTRODUCCIÓN

La *hepatitis C* es una enfermedad infecciosa que en un principio se diagnostica como hepatitis no A no B, y posteriormente, a finales de 1989 se identificó el virus de la *hepatitis C (VHC)*.

En nuestro hospital comenzó a determinarse desde el 6 de enero de 1990. El 12 de octubre de 1.990 es la fecha oficial a partir de la cual se tienen que hacer obligatoriamente en todos los laboratorios de España las determinaciones del *VHC* en las Unidades de Sangre para transfundir.

Como es sabido, se ha convertido en la hepatitis de mayor incidencia en las unidades de hemodiálisis, una vez que la hepatitis B ha disminuido por efecto de la vacunación sistemática.

El *VHC*, es un virus RNA que pertenece a la familia de los flavivirus; su genoma consta de aproximadamente de 10.000 nucleótidos con una única región de lectura, que da lugar a una poliproteína de donde derivan todas las proteínas virales.

Dado el bajo nivel de viremia, así como la baja concentración sérica de las proteínas por él secretadas en la actualidad sólo es posible detectar la respuesta inmune frente a distintos antígenos del *VHC*, y no éstos directamente. Confirmando la presencia del genoma por técnicas de reacción en cadena de la polimerasa(PCR).

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es demostrar que las técnicas de asepsia aplicadas en las sesiones de hemodiálisis en nuestra Unidad son correctas y adecuadas para evitar la transmisión de VHC en las salas. Existiendo un protocolo de enfermería para la prevención de estas infecciones en particular, y de otras concomitantes en esta área de trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de las salas

Disponemos de tres salas de HD. Dos de ellas con 6 monitores cada una y una tercera con 4 monitores, realizándose tres turnos de HD 8-14-20 horas.

Los monitores que utilizamos son todos automáticos con bicarbonato y paso único(BAXTER, FRESSENIUS y MULTIMAT).

En las salas de HD no se aíslan los pacientes VHC(+).

Pacientes

Revisamos de manera retrospectiva los pacientes dializados en nuestra Unidad en los últimos 5 años, identificando los VHC(+), fijándonos en la prevalencia e incidencia.

- Definimos los factores de riesgo para el contagio VHC en las Unidades de HD:

a) Transfusiones.

b) Técnicas quirúrgicas. – Cirugía Mayor.

– Cirugía Menor.

c) Adicto a drogas vía parenteral (ADVP) -drogas, tatuajes-

d) Exploraciones cruentas: Endoscopia...

- Se han estudiado las seroconversiones para cada paciente.

Métodos de laboratorio

- Detección de anticuerpos(Ac)

VHC Versión 3.0 (AxSYM System, Abbott)

INNOTEST VHC IV (Innogenetics).

-Técnicas de confirmación:

INNO-LIA VHC III (Innogenetics).

- Detección de genoma del VHC por técnicas de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR):

- Detección de RNA del VHC por técnicas de PCR (Cobas AmpliCor-Roche).

Protocolo de enfermería

Fundado en la manipulación del paciente, cuidado de las máquinas y cuidado de los puestos y salas de diálisis.

a) Manipulación del paciente: set individualizado de diálisis, exclusivo para cada paciente y diálisis, que consta de:

- paño estéril.

- guantes (2 pares, conexión y desconexión).

- gasas.

- mascarilla.

- tiritas.

Recalcando el empleo de guantes estériles para conexión del paciente que se desechan, guantes estériles para la desconexión, así como los necesarios para cualquier manipulación durante las sesiones que siempre se desechan.

Está terminantemente prohibido el intercambio de alimentos y cualquier objeto entre pacientes durante las sesiones de HD.

b) Cuidado de máquinas:

Al finalizar la HD se limpian exteriormente las máquinas con hipoclorito sódico y se desinfectan interiormente con puriesteril, hipoclorito sódico, ácido cítrico + AUTOCLAVE dependiendo de cada monitor.

c) Cuidado de los puestos y salas de Diálisis:

Los sillones, camas, mesas y suelo se limpian con hipoclorito sódico después de cada sesión de HD. Está terminantemente prohibido durante la limpieza y desinfección el acceso a las salas.

Cualquier incidencia producida durante la sesión de HD por ejemplo, pérdidas hemáticas, al paciente y su puesto se aíslan con paños estériles y las máquinas y suelo se limpian con hipoclorito de manera inmediata.

RESULTADOS

Prevalencia sobre la población de riesgo.

De los 146 pacientes dializados durante 5 años en nuestra Unidad. 36 son VHC(+) sobre los que se ha basado el estudio. De éstos, 33 llegaron a la Unidad siendo VHC(+) y 3 sufrieron seroconversión.

Causas de seroconversión:

- Transfusión por protocolo pretransplante.
- Cirugía de acceso vascular con transfusión.
- Ingreso con cirugía sin transfusión.

En los tres casos hay relación causa-efecto entre el factor desencadenante y la seroconversión a HC.

Total de sesiones de HD: 68.640 en cinco años.

Politransfundidos: 22 (3 sin transplante, 19 con transplante).

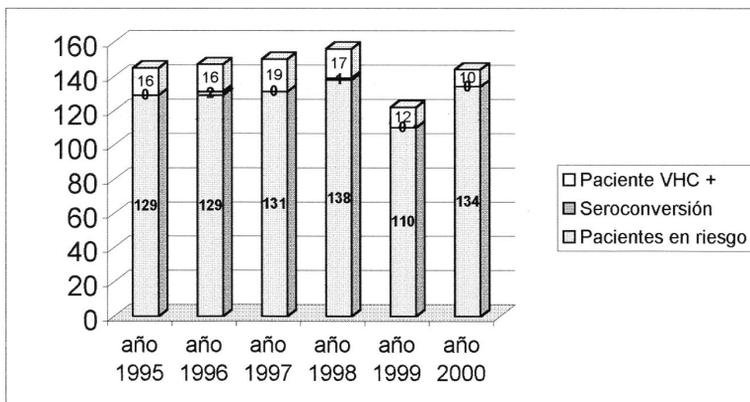
Intervenciones: Cirugía mayor: 3.

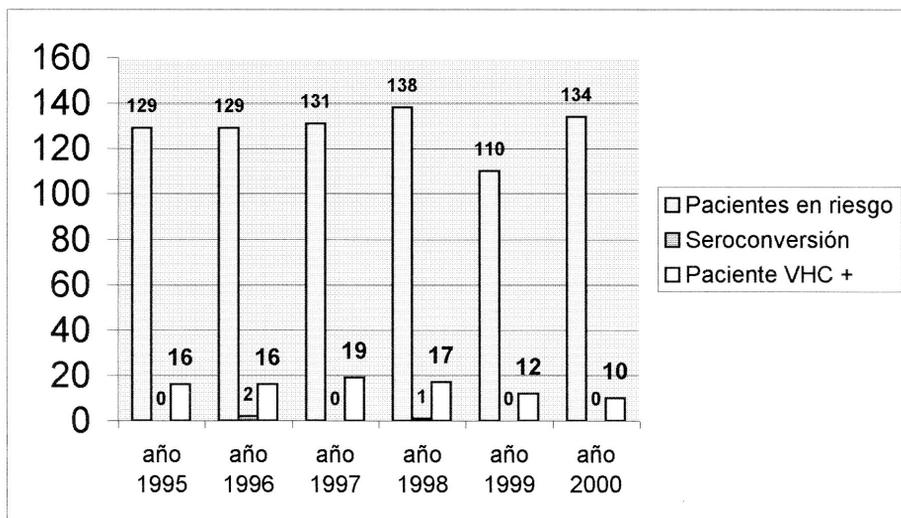
Cirugía menor: 3.

Traslado a otros centros: 5.

Seroconversión: 3.

	Pacientes en riesgo	Seroconversión		Pacientes VHC +	
		nº	%	nº	%
año 1995	129	0	0	16	12.40
año 1996	129	2	1.5	16	12.40
año 1997	131	0	0	19	14.50
año 1998	138	1	0.7	17	12.32
año 1999	110	0	0	12	10.91
año 2000	134	0	0	10	7.46





CONCLUSIÓN

De los pacientes VHC (+) el 52% han sufrido la pérdida de un transplante renal realizado en época anterior al empleo de la eritropoyetina para el tratamiento de la anemia y todos son politransfundidos.

En todos los casos de seroconversión se han identificado factores de riesgo que la justifican.

El protocolo de enfermería descrito y cumplido rigurosamente nos permite afirmar que evita de forma eficaz la transmisión del VHC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Epidemiología del virus C. G. Barril, M. Castro, B. Rincón, J.A. Sánchez Tomero, C. Bernis, T. Naya y J. A. Traver
2. Prevalencia de anticuerpos anti-VHC en pacientes en hemodiálisis, familiares y personal sanitario de un servicio de Nefrología. C. Jiménez, J.L. Miguel, R. Martínez-Zapico, M.A. Bajo, J. Martínez-Ara, R. Selgas y G. Del Peso. Departamento de Nefrología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. Departamento de Hepatología, Fundación Jiménez Díaz y Fundación para el estudio de las hepatitis virales, Madrid.

Agradecimiento: al Dr. D. Jesús Pérez y Pérez, Médico Adjunto del Servicio de Nefrología del H.U. Miguel Servet, Zaragoza y, al Dr. Manuel Omeñaca Terés, Médico Adjunto del Servicio de Microbiología del H.U. Miguel Servet.