

Efecto de las medidas de aislamiento sobre la prevalencia de la infección por virus C de la hepatitis en una unidad de hemodiálisis

E. Gallego, F. Llamas, A. Serrano y C. Gómez Roldán
Sección de Nefrología. Hospital General de Albacete.

Sr. Director:

Los factores de riesgo asociados con mayor frecuencia a la infección por virus C de la hepatitis en los enfermos en diálisis son: el número de transfusiones sanguíneas, el elevado número de años en hemodiálisis, el tipo de diálisis, la adición a drogas por vía parenteral, el antecedente de trasplante renal y la elevada prevalencia de la infección HVC en las unidades de diálisis¹.

El descenso en el número de transfusiones gracias al uso de la eritropoyetina y la seguridad que éstas ofrecen, al descartarse donantes virus C positivos con test de elevada sensibilidad, ha favorecido el descenso en la incidencia y la prevalencia del virus C en las unidades de diálisis. En nuestro país este descenso se ha producido, pero la prevalencia sigue siendo elevada².

La infección nosocomial en hemodiálisis es un hecho sugerido por varios autores^{1,3,4}. Según el registro de la EDTA durante 1994 en España hubo 20 nuevos casos por cada 1.000 pacientes y de ellos sólo el 48% tenía antecedentes de haber recibido transfusiones entre 1993 y 1994⁵.

Cuanto más alta sea la prevalencia de virus C en una unidad, mayor será su incidencia, incluso se ha encontrado una menor incidencia en unidades que dializan a sus enfermos virus C en salas separadas⁶. Desde 1992 detectamos en todos nuestros enfermos cada tres meses anticuerpos contra el VHC por un Elisa de 2.^a generación, si el resultado es positivo, lo confirmamos por INOLIA de 2.^a generación. A finales de 1992 la prevalencia de virus C en nuestra unidad era de un 30,5%. Desde entonces hemos aislado a todos los pacientes virus C en una única sala.

Hasta diciembre de 1995 algunos pacientes virus C negativos se dializaron en esa misma sala, a partir de entonces pudimos separar definitivamente en salas independientes a los enfermos positivos y negativos. A pesar de extremar en dicha sala las medidas universales de prevención, que algunos sugieren como vía eficaz de control de las seroconversiones⁷, en 1993 hubo dos casos simultáneos de infección por virus C. Sin embargo, en las salas en las que durante 5 años no se ha dializado ningún enfermo con anticuerpos antiVHC no ha habido ni un solo caso de infección. Estos criterios de separación se extendieron a los enfermos agudos y a las máquinas de diálisis. Nunca dializamos a la vez en la sala de agudos a enfermos virus C positivos y negativos. Ningún enfermo negativo se dializa con una máquina de enfermos positivos. Los enfermos con serología desconocida se dializan en la sala de agudos y el monitor en que se han dializado queda bloqueado 24-48 horas hasta que sabemos si es o no portador de anticuerpos.

La prevalencia de virus C en nuestra unidad ha descendido al 15,3% en diciembre de 1997 (tabla I). Este descenso de un 50% en la prevalencia que hemos tenido, creemos que se debe a dos factores:

1) Reducción de la incidencia gracias a las medidas de aislamiento.

Tabla I. Evolución del número de pacientes virus C positivos sobre el total de enfermos hemodializados.

Año	Total pacientes A a 31/12	Pacientes virus C+ a 31/12	% Pacientes Virus C+ a 31/12
1992	121	37	30,5
1993	144	37	25,7
1994	146	38	26,0
1995	157	34	21,6
1996	171	31	18,1
1997	169	26	15,3

Correspondencia: Dr. Eduardo Gallego Valcarce
Sección de Nefrología
Hospital General de Albacete
Hermanos Falcó, s/n
02002 Albacete

Tabla II. Balance anual de las causas de entrada o salida de pacientes virus C de hemodiálisis. Salidas por exitus, trasplante, paso a DPCA por falta de acceso vascular, traslado a otros servicios. Entradas desde consulta de prediálisis, pérdida de trasplantes previamente funcionantes, traslados desde otras unidades y seroconversiones.

		1993	1994	1995	1996	1997	Total
Salidas	Exitus	2	3	1	2	5	13
Causas	TX	2	2	2	2	2	10
	DPCA	0	1	2	1	0	4
	Traslados	0	0	0	1	0	1
Total		4	6	5	6	7	28
Entradas	Pre HD	2	5	0	1	1	9
Causas	TX	0	0	0	2	1	3
	Traslados	0	2	1	0	0	3
	Seroconversiones	2	0	0	0	0	2
Total		4	7	1	3	2	17

2) La propia evolución de los enfermos virus C (tabla II). En estos cinco años el número de enfermos virus C nuevos que han entrado en nuestra unidad ha sido inferior al de los que han salido, estas salidas están representadas fundamentalmente por dos grupos de enfermos diferentes: los fallecidos y los trasplantados; los primeros entraron en HD a una edad media de 49,1 años y en el momento de su muerte llevaban 145 meses de media en HD, sólo 3 de ellos llegaron a recibir un trasplante y sólo uno de ellos funcionó; los segundos entraron en HD con 33,8 años de media y recibieron el trasplante por el que salieron de nuestra unidad de pacientes virus C positivos a los 127 meses de media de haber llegado a IRC. Previamente 6 de los 10 enfermos trasplantados habían recibido un trasplante, aunque sólo tres llegaron a funcionar.

Las medidas de aislamiento que hemos aplicado nos han permitido tener una incidencia nula de seroconversiones durante cinco años en las salas de pacientes virus C negativos. Durante los tres años que se dializaron enfermos positivos y negativos, a pesar de extremar las medidas de prevención generales tuvimos casos nuevos. Por este motivo creemos que las medidas de aislamiento conducen no sólo a una reducción de la incidencia si no también de la prevalencia al no aportar casos nuevos de seroconversión a una población cuyo número puede descender ya sea por el trasplante o por el fallecimiento de pacientes de elevada edad que llevan muchos años en diálisis.

BIBLIOGRAFIA

1. Pereira BJC, Levey AS: Hepatitis C virus infección in dialysis and renal transplantation. *Kidney Int* 51: 981-999, 1997.
2. Grupo de trabajo VHC en diálisis: Vigilancia epidemiológica del VHC en unidades de diálisis españolas durante 5 años. *Nefrología* 17 (Suppl. 2): 55, 1997.
3. Sampietro M, Badalamenti S, Salvadori S, Corbetta N, Graziani G, Como G, Fiorelli G, Ponticelli C: High prevalence of a rare hepatitis C virus in patients treated in the same hemodialysis unit: evidence for nosocomial transmission of HVC. *Kidney Int* 47: 911-917, 1995.
4. Olmer M, Bouchouareb D, Zandotti C, De Micco P, De Lamballerie X: Transmission of the hepatitis C virus in hemodialysis unit: evidence for nosocomial infection. *Clin Nephrol* 47: 263-270, 1996.
5. Valderrábano F, Berthoux FC, Jones EHP, Mehls O: Report on management of renal failure in Europe, XXV, 1994. End stage renal disease and dialysis report. *Nephrol Dial Transplant* 11 (Suppl. 1): 2-21, 1996.
6. Pinto dos Santos J, Loureriro A, Cendoroglo Neto M, Pereira BJC: Impact of dialysis room and reuse strategies on the incidence of hepatitis C virus infection in hemodialysis units. *Nephrol Dial Transplant* 11: 2017-2022, 1996.
7. Jadoul M, Cornu C, Van Ypersele De Strihou C and the UCL collaborative group: Incidence and risk factors for hepatitis C seroconversion in hemodialysis: a prospective study. *Kidney Int* 44: 1322-1326, 1993.