



Recomendaciones para la

Prevención de la infección por hepatitis virales



Autoridades

Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Dr. Andrés Scarsi

Subsecretario de Atención de la Salud de las Personas

Dr. Leonardo Busso.

Director Provincial de Programas Sanitarios

Dr. Gabriel González.

Directora de VIH, ITS y Hepatitis Virales

Dra. Mónica Moyano.



Elaboración

Dra. María Repetto
Dra. Mónica Moyano

Colaboradores

Farm. Angélica García
Dr. Alberto Mobrìci
Bioq. Daniel Carrio
Bioq. Fernando Bascarán
Bioq. Marisa Corazza
Dra. Pilar Colom
Dr. Rodolfo Barbero
Dr. Rodrigo Belloni
Farm. Virginia Letche

Diseño

Lic. Julieta Mora Daub
Lic. Maite Espondaburu
DCV. Gabriela Esquiroz

Contenido

1. Medidas de precaución estándar.
2. Intervenciones para la prevención de la infección por Hepatitis Virales.
3. Niveles de aplicación de las recomendaciones de buenas prácticas clínicas.
4. Notificación SNVS 2.0 en SISA.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad asociada a las hepatitis virales, ha identificado diferentes áreas de intervención para la prevención de las mismas.

En este marco, se han definido una serie de recomendaciones que brinden herramientas para identificar y reconocer la importancia de las medidas de precaución estándar y específica en cuanto a la seguridad de los pacientes. Están destinadas a todo el personal que trabaja en los servicios asistenciales, así como a aquellas personas que ejercen actividades de riesgo en el ámbito no sanitario.

Se busca que los profesionales de atención especializada, atención primaria, centros odontológicos, atención socio sanitaria y otros centros de atención sanitaria -sean o no del ámbito de la salud-; conozcan y utilicen el protocolo establecido para las conductas a seguir, así como su notificación y registro.

Medidas de precaución estándar

Son medidas sencillas, de fácil aprendizaje y manejo, cuya puesta en práctica contribuye a la disminución de la aparición de infecciones tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria y en el ámbito extra hospitalario. Se recomienda que el personal sanitario utilice de manera rutinaria estas precauciones destinadas a prevenir la exposición a sangre y a líquidos orgánicos.

Están diseñadas para ser usadas en la atención y cuidado de todos los pacientes, con independencia de su diagnóstico o presunto estado de infección. Se deben aplicar ante contacto previsible o visible con sangre, todos los fluidos corporales, secreciones y excreciones (excepto el sudor), sin importar si contienen o no sangre visible (secreciones vaginales, líquido amniótico, leche materna, semen, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido pericárdico y exudados), piel no intacta y membranas mucosas.

Sus objetivos son:

- Prevenir la transmisión bidireccional de patógenos de transmisión por sangre y fluidos corporales, independientemente de que su origen sea conocido o no.
- Prevenir la transmisión de otros patógenos en el medio sanitario.

Las medidas se dividen en 3 tipos de intervenciones: higiene de manos y otros elementos barrera; limpieza, desinfección y esterilización para materiales de más de un uso; manejo de residuos infecciosos y objetos punzantes o cortantes.

Intervención 1: Higiene de manos y elementos barrera

La transferencia de microorganismos a través de las manos del personal de la salud ha sido el factor más importante en la transmisión de infecciones hospitalarias.

La flora microbiana de la piel está formada por gérmenes residentes y transitorios. Los microorganismos residentes no son patógenos verdaderos, se comportan como oportunistas causando infecciones en pacientes cuando tienen acceso a tejidos profundos por cirugía o procedimientos invasivos, inmunosupresión severa o por dispositivos implantados.

En contraste los microorganismos transitorios, generalmente encontrados en las manos del personal hospitalario, son patógenos verdaderos, adquiridos de pacientes colonizados o

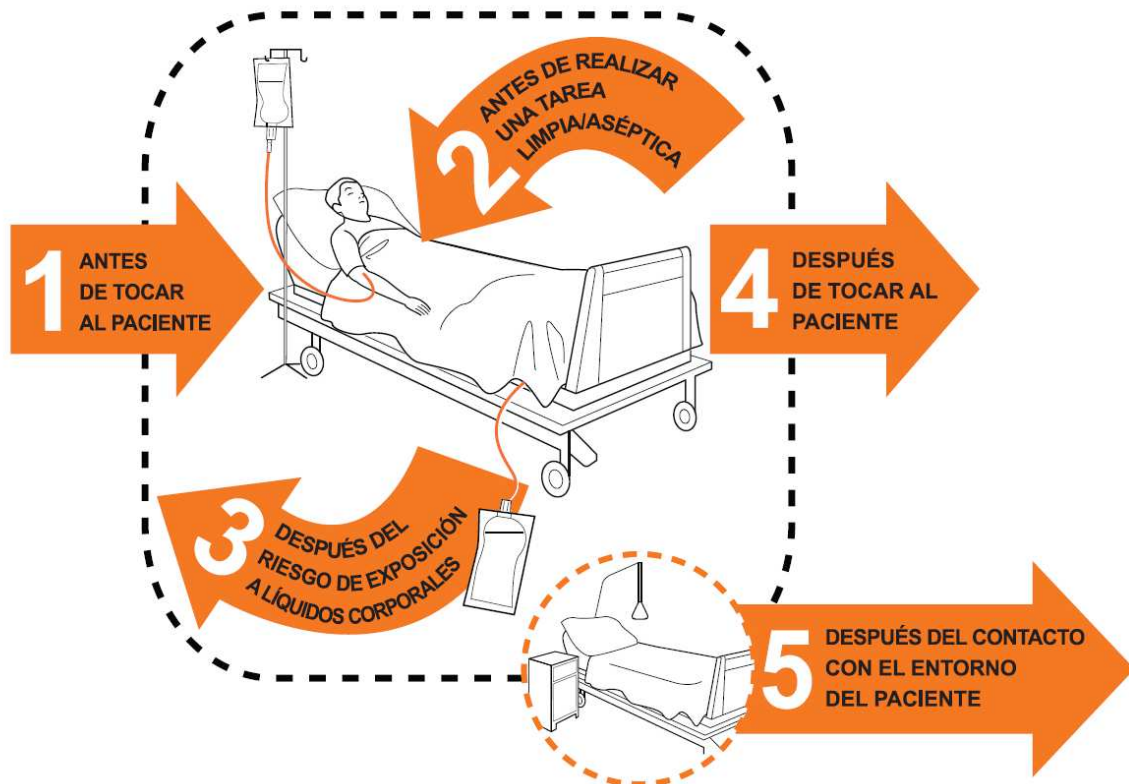


infectados y que causan infecciones hospitalarias aún en pacientes sin compromiso inmunológico.

La **higiene de las manos** constituye en gran medida el núcleo de las precauciones estándar y es la medida individual más eficaz para el control de las infecciones. Además, la importancia del lavado de manos se enfatiza desde los enfoques más actuales de medidas de intervención para la prevención de infecciones específicas como las hepatitis virales.

Una inadecuada higiene de manos en el personal sanitario es uno de los posibles mecanismos de infección de hepatitis virales aunque se utilicen guantes. Es imprescindible para evitar esta transmisión cuando las manos se hayan impregnado con sangre o líquidos orgánicos.

La higiene de las manos, siguiendo el modelo de los 5 momentos de la OMS, debe realizarse:



| | | | |
|----------|---|-------------------------------------|---|
| 1 | ANTES DE TOCAR AL PACIENTE | ¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ? | Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos. |
| 2 | ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA | ¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ? | Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente. |
| 3 | DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LIQUIDOS CORPORALES | ¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ? | Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente. |
| 4 | DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE | ¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ? | Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente. |
| 5 | DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE | ¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ? | Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente. |

*NOTA: La higiene de las manos deberá practicarse siguiendo todas las indicaciones, tanto si se usan guantes como si no.

Dando continuidad a este modelo recogido en la “Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos”, este procedimiento puede efectuarse de dos maneras: mediante lavado con agua y jabón neutro o por fricción con productos de base alcohólica, preparado de base alcohólica (PBA).

Lavado de manos con agua y jabón

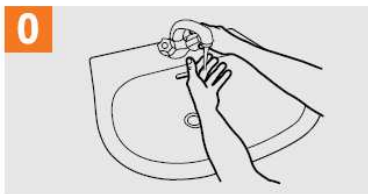
En primer lugar, debe tenerse en cuenta que el jabón y el preparado de base alcohólica no deben utilizarse conjuntamente. Para seguir las recomendaciones sobre la higiene de manos rutinaria, lo ideal es que los profesionales sanitarios la lleven a cabo dónde y cuándo prestan la asistencia, es decir, en el punto de atención y en los momentos señalados.

Solo hay que lavarse las manos con agua y jabón:

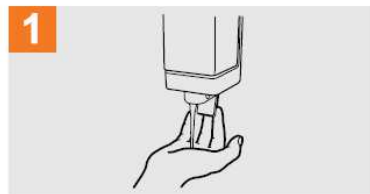
- cuando estén visiblemente sucias o manchadas de sangre u otros fluidos corporales.
- cuando existe una fuerte sospecha o evidencia de exposición a organismos potencialmente formadores de esporas (clostridios, por ejemplo).
- después de ir al baño.
- cuando el profesional tenga la sensación subjetiva de suciedad.



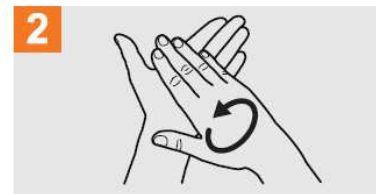
 Duración de todo el procedimiento: **40-60 segundos**



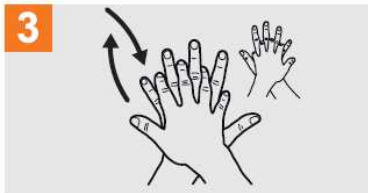
0 Mójese las manos con agua;



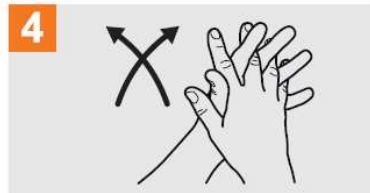
1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



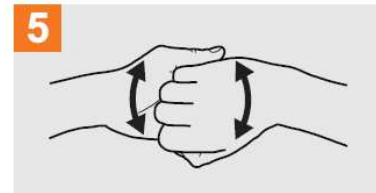
2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



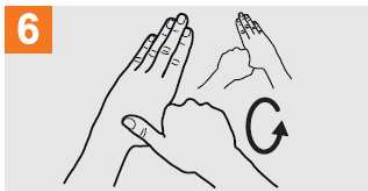
3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



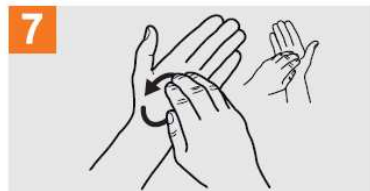
4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



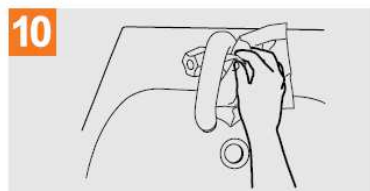
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



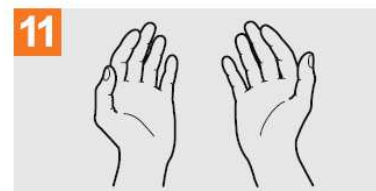
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.

El cuidado de las manos

- Cuide sus manos aplicando regularmente una crema o loción de manos protectora, como mínimo una vez al día.
- No se lave las manos frecuentemente con agua y jabón inmediatamente antes o después de frotárselas con alcohol.
- No utilice agua caliente para lavarse las manos.
- Después de frotar las manos con desinfectante o de lavarlas, déjelas secar completamente antes de ponerse guantes.

Recuerde

- No use uñas postizas cuando esté en contacto directo con los pacientes.
- Mantenga sus uñas bien cortadas

Fricción de manos limpias y secas con preparado de base alcohólica

La forma más efectiva de asegurar una higiene de manos óptima es realizar una fricción de las manos con un preparado de base alcohólica. Según las Directrices de la OMS, cuando haya disponible un PBA, éste debe usarse de manera preferente para la antisepsia rutinaria de las manos. La fricción de manos con un PBA presenta las siguientes ventajas inmediatas:

- la eliminación de la mayoría de los microorganismos (incluyendo los virus).
- el escaso tiempo que precisa (de 20 a 30 segundos).
- la disponibilidad del producto en el punto de atención (lugar en el que se concentran tres elementos esenciales: el sanitario, el paciente y la asistencia sanitaria).
- la buena tolerancia de la piel.
- el hecho de que no se necesite ninguna infraestructura particular (red de suministro de agua limpia, lavabo, jabón o toalla para las manos).

Sin embargo, la realización de una higiene de manos por fricción eficaz depende de la calidad del preparado de base alcohólica (alcohol en gel al 70%), utilizar la cantidad necesaria de producto, utilizar el tiempo recomendado a la fricción o al lavado y abarcar la superficie total de la mano al frotar y lavar.

Por este motivo y dado que la mayoría de los PBA son transparentes es necesario utilizar la técnica descrita a continuación y realizarla de forma rutinaria y automática.



1 Duración de todo el procedimiento: **20-30 segundos**

1a



Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;

1b



2



Frótese las palmas de las manos entre sí;

3



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;

4



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;

5



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;

6



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;

7



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;

8



Una vez secas, sus manos son seguras.

La higiene de manos también se debe recomendar a los familiares de los pacientes antes de entrar y salir de las habitaciones.

Las acciones de higiene de las manos tienen más eficacia cuando la piel de las manos se encuentra libre de cortes, la piel lesionada es siempre un perfecto medio ambiente para el desarrollo bacteriano.

En cuanto a las joyas de dedos y muñecas, deberían retirarse antes de la atención de los pacientes ya que el lavado de manos no remueve bacterias debajo de las joyas, especialmente de los anillos; allí las bacterias se acumulan durante el día con la frecuente atención de los pacientes. Las uñas deben estar cortas y sin esmalte ya que los microorganismos se desarrollan y se almacenan debajo de las uñas largas. En cuanto al esmalte, se encontró un solo estudio publicado sobre el desarrollo de microorganismos en uñas esmaltadas, que si bien concluye que con el esmalte intacto los microorganismos no se desarrollan, esto es muy difícil de controlar y no se recomienda su uso.

Las uñas artificiales o acrílicas no deben ser utilizadas ya que pueden albergar gran número de microorganismos y dificultar el lavado de manos efectivo. En este sentido fueron cultivadas gran cantidad de bacterias Gram negativas de las uñas artificiales antes y después de lavarse las manos.

Guantes

Constituyen la protección de barrera más importante ya que a pesar de no evitar los pinchazos tienen un efecto protector; se ha demostrado que al recibir un pinchazo a través de guantes de látex se reduce el volumen de sangre transferido en, por lo menos, un 50%. Hecho fundamental, ya que el riesgo de infección por hepatitis virales depende, en gran medida, de la cantidad de virus inoculada. Los guantes son la protección para el profesional, no protegen al paciente.

El hecho de utilizar guantes no reemplaza la necesidad de la higiene de manos, porque los guantes pueden tener defectos pequeños o inaparentes, o incluso pueden producirse durante el uso; quedando las manos contaminadas al quitárselos. El error de no cambiarse los guantes entre contactos con pacientes es un riesgo para el control de las infecciones.

¿Cuándo y cómo usar guantes?

- Cuando hay posibilidad de contacto con sangre y otros fluidos corporales; cuando las manos están lastimadas, con heridas o eczemas.
- Deben ser cambiados entre cada paciente.
- Cambiarlos entre procedimientos sucios y limpios realizados en el paciente.
- NO deben ser lavados y reusados en otros pacientes, ni con el mismo paciente. Algunos estudios han indicado que los microorganismos no siempre se remueven del guante a pesar del lavado, fricción con antiséptico y secado. Además, lavar el guante disminuye la integridad del mismo.
- Con los guantes no se deben tocar superficies del ambiente antes o después de tocar al paciente.
- Los guantes deben proteger de los fluidos corporales.
- Siempre se deberán lavar las manos después de usar guantes, aún si éstos permanecen intactos y las manos no se mancharon con fluidos corporales; las bacterias de la piel se desarrollan con facilidad con el calor y la humedad.

Intervención 2: Limpieza, desinfección y esterilización



Todos los objetos o instrumentos que penetren en los tejidos o entren en contacto con sangre, con mucosas o piel no intactas deberán ser materiales estériles.

Estos objetos o instrumentos se deben esterilizar adecuadamente entre paciente y paciente, o desinfectar cuando se trate de material no crítico o semicrítico. Antes de la esterilización o desinfección es necesaria una limpieza previa, ya que los desinfectantes más potentes pueden no ejercer su acción si la sangre u otras sustancias les impiden alcanzar la superficie sobre la que deben actuar. Por ello, todos los objetos que vayan a ser desinfectados o esterilizados deben ser sometidos a una limpieza previa que elimine la sangre u otras sustancias de su superficie. Tras su limpieza, los objetos deben ser enjuagados y secados antes de ser desinfectados o esterilizados.

En tanto no se logra esterilizar o desinfectar lo que está sucio, se recomienda realizar previamente un proceso de limpieza que consta de los siguientes pasos:

PRELAVADO:

Su función es brindar protección al personal. Las personas que lleven a cabo esta tarea deben utilizar métodos de barrera a efectos de proteger su salud (guantes de goma resistentes de uso doméstico, cepillos de cerda blanda, protección ocular, delantal impermeable) y estar vacunadas para hepatitis B.

En el prelavado se utiliza detergente enzimático diluido en la concentración, temperatura y tiempo que considere el fabricante. De ser posible, utilizar detergente con actividad proteasa, de pH neutro y que no deje residuos. No usar agua a temperatura mayor a 45°C ya que se coagula la albumina y se dificulta la limpieza del material. Deben utilizarse bateas con tapa y enjuagar antes del lavado.

Las bandejas con material no deben ser sobrecargadas y los cepillos utilizados deben ser posteriormente lavados y desinfectados con una solución de hipoclorito de sodio al 1% durante 15 minutos.

LAVADO:

Es el requisito indispensable para el proceso de esterilización ya que disminuye la contaminación reduciendo la carga microbiana. Puede ser manual o mecánico y debe realizarse con agua fría y potable.

El **método de limpieza manual** debe seguir los siguientes pasos: preparar la solución de limpieza, homogeneizar la solución siguiendo las instrucciones del fabricante, preparar el instrumental para la inmersión desensamblando todas las partes removibles, sumergir el material el tiempo especificado según el fabricante de la solución de limpieza, limpiar el material con la herramienta adecuada, enjuagar con agua de suministro general todas aquellas partes del instrumental de difícil acceso y escurrir adecuadamente el instrumental.



Los **métodos de lavado y desinfección automáticos** se realizan a través de lavadoras desinfectadoras, que realizan primero repetidos lavados combinados de detergente con agua, luego desinfección con agua sola a 93%, mantenida por lo menos 10 minutos (sino se desactiva el detergente), garantizando así una acción bactericida, fungicida, tuberculicida e inactivando virus, inclusive los virus de la hepatitis; o bien una desinfección química utilizando los productos que recomiende el fabricante.

En cualquiera de los métodos utilizados debe realizarse una inspección visual del material después de la limpieza.

ENJUAGUE:

Se debe enjuagar con agua desmineralizada o aclarada de dureza < 30-40 ppm de CaCO₃, preferentemente presurizada y caliente. Los cuidados para el personal son los mismos que los requeridos para el prelavado y el lavado.

SECADO:

Debe realizarse inmediatamente luego del enjuague, a fin de evitar contaminación posterior y deterioro del material. Tras el secado siempre se debe inspeccionar el material para detectar posibles restos de humedad y repetir la limpieza si fuera necesario.

ESTERILIZACIÓN:

El método de esterilización que se debe seleccionar para cada instrumento puede presentar variaciones, teniendo en cuenta los materiales en los que están elaborados, su diseño, su uso posterior y la demanda del instrumento; por ello es imprescindible consultar las instrucciones de esterilización de cada fabricante y los protocolos establecidos para cada hospital. En el caso del ámbito hospitalario, las Centrales de Esterilización son las encargadas de definir el sistema a utilizar.

El método de esterilización hospitalario más utilizado o de primera elección es el vapor húmedo aplicado a altas temperaturas, aunque los equipos e instrumental de reciente desarrollo que contienen nuevos polímeros plásticos sensibles al calor y a la humedad, precisan ser esterilizados mediante sistemas de esterilización a baja temperatura; como los métodos de óxido de etileno puro (100%), gas-plasma de peróxido de hidrógeno o vapor a baja temperatura y formaldehído; aunque se intenta evitar el uso de aldehídos.

El más usado a bajas temperaturas es el método de óxido de etileno puro, el cual es muy eficiente siempre que se tomen los recaudos necesarios para evitar riesgos, como la circulación de aire en el ambiente donde esté ubicado, el monitoreo del mismo, el respeto por los tiempos de aireación y la protección del personal que lo utilice. El óxido de etileno (OE), a pesar de su toxicidad, su potencial explosivo y su absorción por el material plástico (requiere la aireación posterior del material expuesto), es también utilizado por su alta capacidad germicida y de penetración. Restringido a la esterilización de material



termosensible (no resiste temperaturas $>60^{\circ}$) que no pueda esterilizarse por otro procedimiento. Es indicado para la esterilización de materiales de plástico, polietileno, catéteres y sondas reutilizables, endoscopios rígidos termosensibles, sistemas ópticos, cables de luz de endoscopios y motores neumáticos termosensibles. Su alta capacidad de difusión facilita la esterilización del material con lumen largo y estrecho.

En aquellos lugares en los que no se disponga de una central de esterilización (consultas ambulatorias, servicios especiales, odontología, etc.) se debe realizar la esterilización con autoclaves de vapor en punto de uso. Es el sistema de elección para la esterilización del instrumental, previo lavado riguroso, enjuague y secado. Dado el déficit de control específico de dichos ciclos, los cuales no son tan exigentes como los realizados en centrales de esterilización, se extremarán las medidas antes mencionadas, realizando siempre dichos procesos por personal instruido para tal fin.

Para garantizar la calidad de la esterilización debe existir un registro de incidentes para su trazabilidad y un control rutinario de los procesos de esterilización mediante la revisión de los parámetros físicos del ciclo, la utilización de indicadores químicos (indicadores químicos de proceso e indicadores químicos internos), la utilización de indicadores biológicos, el control del producto y las garantías exigibles al fabricante (cualificación por parte del fabricante, la prueba de instalación y un test periódico de control).

Material de un solo uso

Los materiales usados (equipamiento, instrumental) en los distintos ámbitos relacionados a la salud tienen la indicación del fabricante cuando son exclusivamente de un solo uso y deben ser desechados tras cada intervención, este es el caso de jeringas, elementos punzantes y cortantes, cánulas, vías y otros.

Intervención 3: Manejo de residuos infecciosos

A.ROL DEL RESIDUO HOSPITALARIO EN LA SALUD PÚBLICA EN RELACIÓN CON LOS RESIDUOS SANITARIOS GENERALES

Hasta el momento solo se han documentado casos de transmisión de infección con residuos infecciosos dentro de los establecimientos con material punzo-cortante. Sin embargo es importante destacar que los accidentes que han ocasionado infección han sido, en su inmensa mayoría, durante la realización de diferentes procedimientos por lo cual no se corresponde con la manipulación de residuos.

De todos modos es fundamental establecer las normas para la manipulación y descarte de este tipo de residuos, que podrían ocasionar enfermedades en personal de limpieza, lavadero, maestranza, enfermería y médico.

Según el criterio, ya sea restrictivo o amplio, que se tenga en cuenta para definir los residuos hospitalarios especiales o regulados, se determinará un mayor volumen o no del material destinado a recibir un tratamiento especial. Es importante tomar conciencia que

bajo determinadas circunstancias los residuos hospitalarios pueden conllevar riesgo para la salud pública, por lo que el manejo adecuado del material de desecho es fundamental en la prevención, disminución y control de las infecciones hospitalarias, tanto en los pacientes como en el personal y la comunidad.

Los residuos hospitalarios son todos aquellos que sean generados en instituciones relacionadas con la salud, pueden ser no médicos o médicos, éstos refieren a aquellos que se generan como resultado de procedimientos relacionados directamente con la atención de los pacientes (diagnósticos, terapéuticos, inmunización). Entre estos últimos podemos diferenciar los infecciosos de los no infectantes.

B. CONCEPTO DE RESIDUO INFECCIOSO

Para que un residuo se considere infeccioso debe haber presencia de un agente infeccioso con concentraciones suficientes como para tener capacidad infectiva y presencia de un huésped susceptible. El residuo infeccioso es aquel con capacidad de producir enfermedades infecciosas.

Entre ellos se incluyen:

- Residuos microbiológicos: todo el material empleado en el laboratorio de microbiología para cultivo y conservación de agentes microbianos. Residuos provenientes de la producción de vacunas y descarte de vacunas no utilizadas.
- Sangre y productos derivados de la sangre.
- Tejidos y órganos de origen humano.
- Todo material o instrumental punzocortante.
- Restos anatómicos parciales o completos de animales de experimentación.
- Todo material contaminado con sangre y/o secreciones y/o líquidos orgánicos de cavidades cerradas.

Entre los Residuos no infectantes se incluyen:

- Orina o heces sin sangre visible.
- Restos alimentarios.
- Los siguientes elementos siempre que no estén contaminados con sangre, secreciones y/o líquidos orgánicos de cavidades cerradas:

Sondas (vesicales)

Guantes.

Ropa de cama descartable.

Pañales.

Vajilla.

Equipos para estudios radiológicos con material de contraste.

Guías y sondas para alimentación enteral.

Chatas, orinales.

C. PROCESAMIENTO DE RESIDUOS MÉDICOS

Residuos Líquidos:

Entre ellos se incluyen sangre, heces, vómitos, orina, secreciones y otros líquidos corporales, y pueden desecharse por el inodoro, chata o equipo sanitario similar. Esto es posible cuando los efluentes son vertidos a la red sanitaria. Si el establecimiento no cuenta con conexión a la red sanitaria deben ser tratados previamente. Al desechar los líquidos se debe tener un cuidado especial para evitar manchas en las paredes, sanitarios, mobiliario, pisos, etc. Para su manipulación es imprescindible el uso de guantes y finalizado el procedimiento es fundamental lavar las manos.

Residuos Sólidos:

Deben colocarse en bolsas de polietileno de 60 a 120 micrones, en caso de ser de menor micronaje se debe emplear doble bolsa e identificarlas adecuadamente en bolsa roja.

Las bolsas deben estar en contenedores resistentes de fácil lavado y con tapa y éstos deben ubicarse en un lugar próximo adonde se genera el residuo.

Luego de completarse la bolsa hasta $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad, se debe cerrar firmemente y depositarla en un sitio destinado exclusivamente para esto. Las bolsas deben trasladarse sin arrastrar, preferentemente en un contenedor que facilite el traslado. Es conveniente que cada institución determine el camino de circulación de los residuos y que esto se haga en el horario de menor tránsito de pacientes y personal.

Los residuos deben permanecer el menor tiempo posible en las áreas técnicas.

D. PERSONAL A CARGO DE LA MANIPULACIÓN DE LOS RESIDUOS

El personal que manipula y recolecta la basura debe utilizar guantes de material resistente, delantal plástico (descartable o lavable) y calzado adecuado (botas de goma o similar). Al terminar la tarea quienes manipulan los residuos deben quitarse los elementos de protección, lavarlos y desinfectarlos con hipoclorito de sodio, quitarse los guantes y lavarse las manos con jabón antiséptico.

El personal encargado de esta tarea debe ser capacitado periódicamente en el tema.

Si el establecimiento contrata un sistema de tratamiento fuera de la institución, debe asegurarse de su capacidad y confiabilidad operativa.

Asimismo se debe cerciorar que la empresa encargada de prestar el servicio cuente con todas las autorizaciones pertinentes que establece la autoridad pública correspondiente.



E. MATERIAL PUNZO-CORTANTE

En la manipulación de residuos hospitalarios, sobre todo infecciosos, se realizan intervenciones con objeto de evitar procesos infecciosos en los pacientes. En el caso del uso de material punzocortante el riesgo también involucra al personal sanitario, en cuyo caso el riesgo de transmisión accidental es de aproximadamente 1%. El caso contrario, es decir que el profesional pueda ser el vector de transmisión, es muy infrecuente y generalmente está asociado a procedimientos quirúrgicos. Este riesgo se estima en 140 casos por millón de intervenciones, aunque estas cifras deben interpretarse con precaución ya que en ninguno de estos estudios se ha tenido en cuenta la carga viral del sanitario infectado.

Para evitar estos incidentes, las precauciones que se deben tomar para el manejo de objetos punzantes o cortantes son:

- Todos los trabajadores sanitarios deben manejar con cuidado las agujas y los instrumentos cortantes usados.
- Los profesionales con lesiones exudativas en las manos deben abstenerse del cuidado directo sobre la piel no intacta de los pacientes hasta la resolución de las mismas.
- Las precauciones se tienen que adoptar durante y tras su utilización, al limpiarlos y en su eliminación.
- Una vez utilizadas, las agujas no deben ser re-encapuchadas, ni sometidas a ninguna manipulación.
- Para su eliminación, las agujas y otros instrumentos cortantes o punzantes deben ser colocados en envases especialmente destinados (descartadores), estos deberán ser de paredes rígidas, involucables, se deberán llenar hasta las $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad y deben llevarse cercanos al lugar donde se trabajará.
- Los trabajadores sanitarios que utilicen instrumentos cortantes o punzantes deben deshacerse personalmente de los mismos. Nunca se deben dejar estos objetos cortantes abandonados sobre una superficie, ya que existe riesgo de que otros trabajadores sufran accidentes. Ello es especialmente necesario tras intervenciones realizadas junto a la cama del enfermo.
- Se tendrá especial cuidado en que no haya objetos cortantes en la ropa que vaya a la lavandería, ya que pueden producir accidentes a los trabajadores que la manipulen.
- En el caso de mesa de instrumentación, debe existir siempre mesa intermedia para no recibir el material punzante directamente.
- Por último, y bajo ningún concepto se eliminan objetos cortantes o punzantes en las bolsas de plástico situadas en los recipientes de basura.

Niveles de aplicación de las recomendaciones de buenas prácticas clínicas

Según las características especiales de cada ámbito abordado en este material de recomendaciones, las medidas de seguridad son las relativas a la transmisión en el ámbito sanitario y no sanitario, además de las medidas transversales: detección precoz y proceso de notificación.

I. Prevención de la Infección y Promoción de la Salud

I.1 Prevención en Profesionales de la Salud:

En Argentina, desde el año 1992, existe la vacunación obligatoria (ley 24151) para el virus de hepatitis B para el personal de salud. En cuanto a la hepatitis por virus C, todos los documentos de consenso recomiendan que los profesionales que realizan procedimientos invasivos deban realizarse una serología frente al virus de la hepatitis C. En Argentina, el testeo para hepatitis C en dicho grupo de profesionales o la realización de controles periódicos todavía no está implementado.

I.2 Transmisión en el ámbito sanitario:

La Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria por Hepatitis Virales es una causa importante de morbimortalidad en pacientes y constituyen una carga social y económica significativa para el paciente y el sistema de salud. Se trata, sin duda, de un problema que debe ser objeto de preocupación porque puede convertirse en un riesgo añadido e innecesario para los pacientes. Su abordaje debe realizarse de forma conjunta, bajo un claro criterio de integración y coordinación:

Ámbito hospitalario

Aquí las buenas prácticas en relación a la actividad sanitaria desarrolladas anteriormente deben ser cumplidas por todo el personal sin excepción, no obstante, estas recomendaciones hacen especial énfasis en aquellas zonas que se consideran de un mayor riesgo cuyo personal tiene el deber de conocer y aplicar unas prácticas de prevención complementarias. Estas áreas son:

Hemodiálisis

La hepatitis C representa es aún un problema vigente en cuanto a las enfermedades infecciosas y endémicas asociadas a las unidades de hemodiálisis, ya que la incidencia en el enfermo renal crónico (IRCT), continúa siendo muy superior a la de la población general .



Es bien conocido que los pacientes con IRCT tienen un riesgo elevado de contraer infecciones virales, dado que tienen una respuesta inmune celular disminuida. Por otro lado, la sesión de hemodiálisis conlleva una serie de factores de riesgo: contacto y riesgo de exposición con material contaminado, fluidos, sangre, hemoderivados, y circulación extracorpórea, durante 4 horas, 3 veces a la semana. Estas situaciones incrementan las oportunidades de transmisión cruzada, de ahí la importancia de implementar medidas tendientes a reducir la incidencia y prevalencia del virus de la hepatitis C (además de HIV y HBV).

Es por todo esto que la transmisión entre pacientes en las unidades de hemodiálisis y la prevalencia del virus, entre los familiares del paciente y el personal de salud, resultan más elevadas.

Si bien actualmente se disponen de nuevos tratamientos antivirales, con la reciente aparición de drogas de acción directa (DAA) altamente efectivas; la prevención de la contaminación, y la transmisión cruzada del virus de la hepatitis C, continúa siendo la piedra angular en el control de la enfermedad, y la forma más razonable de reducir los costos para los sistemas de salud.

Por esto es fundamental reforzar las normas de bioseguridad en los centros de salud y primordialmente en las unidades de hemodiálisis. El refuerzo de la observación de estas normas y la toma de conciencia de los profesionales de la salud, ha llevado a disminuir progresivamente la prevalencia del virus de la hepatitis C (VHC) en las unidades de hemodiálisis (HD). A pesar de los esfuerzos, este grupo triplica la prevalencia de la población general.

En cuanto a las medidas de prevención, aún no se han desarrollado vacunas y existen controversias sobre el aislamiento y re-uso de filtros, en pacientes positivos para el virus, en unidades de HD.

El CDC (Centers for Disease Control and Prevention – Atlanta) ha emitido guías para prevención de infecciones, especiales para unidades de HD en las que recomienda:

- Aplicación estricta de medidas o precauciones estándar, junto con las precauciones especiales para unidades de HD.

- Monitoreo mensual de transaminasas.

- Monitoreo semestral de anticuerpo anti -HCV.

- Consideran innecesario el aislamiento de los pacientes VHC+, la utilización de máquinas exclusivas y el descarte de los filtros luego de cada sesión de HD.

En el caso de una seroconversión durante el control corresponde la denuncia a la autoridad sanitaria local y estudiar al resto de los pacientes para detectar o descartar nuevos casos.

En instituciones públicas y científicas de algunos países europeos aconsejan una serie de medidas adicionales a las del CDC:

- Aislamiento físico, o funcional (sectorización) de los pacientes.



-Utilización de máquinas de HD destinadas a pacientes positivos , sobre todo en aquellas unidades con alta tasa de hepatitis C.

- Sectorización del cuarto de re-uso de filtros.

Cuando se aplican estas medidas adicionales, como el aislamiento físico, se ha visto mayor efectividad en el control de la transmisión del HCV .

Por otro lado, los requerimientos transfusionales en HD son elevados, y esto estaría directamente relacionado con la tasa de prevalencia de HCV en dichas unidades. Sin embargo, desde que han mejorado los controles en los donantes , este factor de riesgo ha disminuido como factor responsable en la transmisión del virus .

Listado de recomendaciones para la prevención de infecciones virales dentro de la unidad de hemodiálisis:

-Medidas generales de higiene (*ver apartado Intervención 1*).

-Espacio físico apto:

Paredes y pisos lavables. Evitando superficies no lisas que no permitan limpieza frecuente. No utilizar cortinas o biombos que no cuenten con superficie lavable.

Establecer áreas apartadas para guardar el material de limpieza , exclusivo para cada sector según serología (sala limpia - sala sucia).

Contar con área de almacenamiento de residuos patológicos lavable, con adecuada provisión de agua y una bacha .

Disponer de una señalización clara en baños para : personal , pacientes en general y pacientes con HBV +, dentro de áreas de aislamiento .

Procedimientos de desinfección programados: de cada sala entre turnos con lavandina , en solución al 2 % (200 cc de hipoclorito de sodio / lejía , en 10 litros de agua).

Ante derrames de sangre o fluidos deberán ser removidos en el momento, primeramente con toallas de papel para ser absorbidos, y luego con solución de lavandina al 2 % .Las toallas serán descartadas en bolsas rojas de 120 micras.

Al final del día , cuando finaliza el tercer o último turno, corresponde limpieza con sistema de doble balde , y lejía al 2 %.

Establecer un circuito y almacenamiento correcto de los residuos patogénicos, posterior a la limpieza de cada sala. Evitar el cruce de material, procedente de sala sucia o de aislamiento, con sala general o áreas de tránsito común (serología positiva para hepatitis B y C).

Realizar un control periódico de las condiciones de la sala en cuanto a lo que se refiere a temperatura, tratamiento del agua, conservación de filtros, cobertura de tanques, evitar circuitos con tramos ciegos, con el fin de evitar el desarrollo de biofilm bacteriano y dificultades en la limpieza y desinfección diarias.

-Criterios de bioseguridad en general:

El material básico para conexión y desconexión y el control de parámetros hemodinámicas y vitales deben ser también de destino exclusivo para esa sala (no deben ser compartidos ni trasladados a sala general).

El reprocesamiento de dializadores debe ser realizado dentro del sector de re-uso aislado. Asimismo los filtros serán posteriormente almacenados en recipientes o bolsas, rotulados y en sector exclusivo para tal fin.

PACIENTES CON SEROLOGÍA POSITIVA PARA HEPATITIS B:

Las personas con serología positiva para hepatitis B serán aisladas en sala de atención exclusiva y con personal de enfermería destinado únicamente a ellas. En cuanto a los criterios de bioseguridad general son los mismos que ya se enunciaron.

Por otro lado, lo ideal sería el descarte diario de los filtros de pacientes con serología positiva para hepatitis B, lo mismo que en el caso de HIV positiva y HCV positiva.

En cuanto al traslado, todo tipo de material contaminado, con sangre o fluidos, debe ser realizado en doble bolsa roja de 120 micras.

PACIENTES CON SEROLOGÍA POSITIVA PARA HEPATITIS C:

Se recomienda el aislamiento funcional (no físico) para personas con hepatitis C positiva, y se puede dializar en sala general en sector especial (preferentemente último puesto y en el último turno).

De existir posibilidad y disponibilidad de máquinas contar con una exclusiva sería lo óptimo. En caso contrario se pueden usar equipos generales, que serán objeto de especial dedicación en cuanto al proceso de desinfección del equipo y de superficies externas del mismo y del sillón. El personal de enfermería debe ser exclusivo para la sala.

El sector de re-uso y desinfección de filtro deberá ubicarse en un sector independiente, con personal exclusivo. En caso de no contar con número adecuado de personal, se procesarán todos los filtros con serología negativa y en último lugar aquellos con serología positiva para hepatitis C, posteriormente estos serán debidamente rotulados y almacenados en sector de re-uso C+.

La desinfección de los filtros con serología + o negativa debe realizarse con peracetico al 2% (200 cc de ácido peracetico en 10 litros de agua de osmosis).

PREVENCIÓN DE HEPATITIS C EN PERSONAL DE SALUD:

Se recomienda implementar vestimenta de uso exclusivo (delantal, antiparras, barbijo, cofia, guantes de látex, camisolín de mangas largas y botas descartables), tanto si se trabaja en condiciones de aislamiento físico como funcional.

El personal que interviene en el reprocesado y desinfección del filtro deberá agregar a la vestimenta una protección facial con máscara y visera.

PROCESAMIENTO DE RESIDUOS PATOGÉNICOS:

Los elementos cortopunzantes deberán ser descartados en contenedores rígidos de boca ancha que serán sellados cuando lleguen al 75 % de su capacidad, sin ningún agregado de desinfectantes.

Los residuos patogénicos restantes de otra naturaleza serán descartados en bolsa roja de 120 micras. Dicha bolsa deberá ser precintada en caja, rotulada y trasladada a sector de residuos patogénicos.

EQUIPO DE HEMODIÁLISIS:

Para el uso del equipo en personas con hepatitis C ver apartado anterior PACIENTES CON SEROLOGÍA POSITIVA PARA HEPATITIS C.

En cuanto a los pacientes en tránsito se recomienda descartar el filtro en cada sesión de diálisis, hasta controlar serología en la unidad. Para estos pacientes con serología dudosa y no confirmada, se aconseja realizar hemodiálisis en el último puesto y la desinfección preferentemente en el último turno, ya que facilita el aislamiento funcional y las tareas de limpieza.

Algunas consideraciones en cuanto a la desinfección:

- Es preciso efectuar desinfección del equipo después de cada tratamiento (programa n° 1 , de 30 minutos que incluye : 15 minutos de lavado con ácido peracético concentrado, seguido de 15 minutos de enjuague con agua de osmosis)
- Realizar la desinfección final luego del último turno de la jornada (programa n° 5 de 35-40 minutos, similar al descrito en el punto anterior, que incluye otros 5 a 10 minutos adicionales de lavado con hipoclorito o lavandina pura), al menos 2 o 3 veces por semana.
- Limpiar superficies externas luego de cada tratamiento con hipoclorito de sodio al 2 %, a fin de retirar posibles salpicaduras de sangre, también del sillón correspondiente, pisos y paredes.

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO SEROLÓGICO:

- Se recomienda el control serológico de pacientes al ingreso y controles cada 6 meses.
- En el caso del personal de enfermería y médico realizar una vez al año.
- Vacunar pacientes y personal no inmunizado para hepatitis B, con refuerzo anual, según nivel de anticuerpos.
- Vigilancia programada de HBs Ag y del HBs Ac, anti HCV cada 3 a 6 meses. Y siempre después del tránsito en otro centro de hemodiálisis, o tras pérdida de injerto renal , antes del reingreso a HD .

-Es recomendable en el caso de confirmación de serología positiva para HCV , el pedido de PCR (Reacción en cadena de la polimerasa) y carga viral , junto con genotipo viral, para pronta y oportuna derivación al servicio de hepatología , dado las altas tasas de curación con los tratamientos actuales. Se espera que estas recomendaciones resulten en una menor tasa de morbi–mortalidad, tanto en hemodiálisis como en trasplante renal. En especial entre el grupo de los trasplantados, dado que con la medicación inmunosupresora evolucionan rápidamente hacia la cirrosis hepática , insuficiencia hepática, y/ o hepatocarcinoma.

Endoscopias

Se han documentado casos de infección tras endoscopia digestiva aunque son muy puntuales y se estima que podrían estar en relación con una desinfección y/o esterilización inadecuada del material endoscópico. Por lo tanto es necesario poner énfasis en algunos pasos fundamentales a seguir entre cada paciente:

- Paso 1. Pre limpieza:

- Eliminar los restos macroscópicos aspirando agua a través del canal de trabajo (mínimo 250ml).

- Eliminar los restos macroscópicos aspirando detergente a través del canal de trabajo (mínimo 250ml).

- Expeler sangre, mucus u otros restos. Enjuagar.

- Paso 2. Limpieza:

- Sumergir el endoscopio en detergente enzimático.

- Limpiar todas las superficies, cepillar los canales y las válvulas.

- Paso 3. Enjuague:

- Enjuagar el endoscopio y las válvulas bajo agua corriente.

- Sumergir el endoscopio e irrigar todos los canales, como mínimo tres veces para asegurarse de eliminar el agua del lavado antes de la desinfección.

- Descartar el agua de enjuague para evitar la dilución del detergente y el riesgo de reducir la eficacia de la solución desinfectante.

- Paso 4. Secado:

- Secar correctamente el endoscopio. Las superficies externas también deben secarse con gasa estéril. Es importante el secado previo a la desinfección para evitar diluir y contaminar la solución desinfectante.

- Paso 5. Desinfección de alto nivel:

- Sumergir el endoscopio y las válvulas en una solución desinfectante de eficacia comprobada.

- Irrigar todos los canales con una jeringa hasta que se haya eliminado el aire, para evitar los espacios muertos.



- Seguir las recomendaciones del fabricante para determinar el tiempo de contacto con la solución.
 - Paso 6. Enjuague final:
- Enjuagar el endoscopio y las válvulas sumergiendo el mismo en agua e irrigando todos los canales.
- Descartar el agua de enjuague después de cada uso para evitar la concentración de desinfectante que puede dañar la mucosa.
 - Paso 7. Secado:
- Asegurar el secado final correcto después del lavado y antes del almacenamiento.
- Secar con aire comprimido o pasar alcohol al 70%.
 - Además de los pasos anteriormente citados es fundamental:
- La limpieza y desinfección adecuada de accesorios de endoscopia.
- La capacitación de todo el personal en medidas estándar de control de infecciones.
- Brindar información al personal sobre el uso de desinfectantes.
- Verificar la eficacia del proceso de desinfección (control de concentración de solución desinfectante usando tiras reactivas).

Procedimientos quirúrgicos

La piel es una de las barreras de defensa más importantes frente a la infección por lo que la interrupción de su integridad por una cirugía supone un alto riesgo y prácticamente todas las infecciones del sitio quirúrgico se adquieren durante la intervención. Los microorganismos son implantados por un reservorio o fuente presente durante la operación y que habitualmente no forma parte del ambiente intrínseco del quirófano. La mayoría de los microorganismos que penetran en la herida son transmitidos desde la superficie corporal adyacente a la zona quirúrgica.

Es difícil conocer la frecuencia real de estas infecciones hospitalarias, y más concretamente las de hepatitis, puesto que las diversas publicaciones al respecto proporcionan tasas muy dispares. Esto puede deberse a la variabilidad en el tipo de hospital, el sistema de vigilancia empleado, los criterios empleados para el diagnóstico, el tipo de población estudiada, etc.

Otros procedimientos

Se puede producir transmisión de los virus de hepatitis en algún procedimiento invasivo o semi-invasivo, con finalidad terapéutica o diagnóstica, generalmente en quirófanos o salas de partos, diferente de los anteriormente descritos.

Estos procedimientos consisten en la penetración quirúrgica de tejidos, cavidades u órganos, o en la reparación de heridas traumáticas mayores, donde las manos del cirujano están en contacto con instrumentos cortantes o punzantes dentro de la herida o campo quirúrgico, en espacios anatómicos pequeños, de difícil acceso o visualización. Los más destacados de estos procedimientos son:

- Cateterismo cardíaco y técnicas de angiografía.
- Parto vaginal instrumentado, cesáreas y otras intervenciones obstétricas con sangrado.
- Tratamientos en unidades de hematología y oncología.

Como medida de prevención secundaria, todos los profesionales que realizan procedimientos invasivos deberían considerar la utilización de agujas de sutura romas que contribuyen a reducir el riesgo de pinchazo.

Los centros sanitarios han de facilitar y promover el uso de estos materiales de seguridad, así como la adopción de técnicas de trabajo más seguras. Para ello es fundamental la elaboración de programas de formación continua entre el personal sanitario de riesgo.

Hospitalización

Durante las hospitalizaciones puede aumentar el riesgo de adquisición de virus dado que en estas unidades hay pacientes de gran complejidad sometidos a un elevado número de procedimientos médicos (extracción de sangre, colocación de catéteres, curación de heridas quirúrgica, etc.).

Por otro lado, la contaminación de viales multidosis (utilizados frecuentemente para la heparinización de catéteres endovenosos) se ha demostrado como causa frecuente de transmisión del virus, con brotes generalmente limitados a un número pequeño de pacientes y, en todos los casos la contaminación se ha atribuido a la reinserción accidental de una aguja contaminada en un vial.

En Atención Primaria

Deben aplicarse las medidas generales para evitar las enfermedades transmisibles, no obstante, debido a las características particulares de los procedimientos intervencionistas en este ámbito, serán de especial importancia las aplicables a la *Intervención 1: Utilización de guantes e higiene de manos e Intervención 2: Materiales de un solo uso, limpieza, desinfección y esterilización.*

En el ámbito extrahospitalario

Existe una disparidad de prácticas y profesionales, quienes deben aplicar aquellas guías que respondan a la actividad que realizan. De este modo expertos de diferentes niveles relacionados con la Hepatitis C han identificado los 3 principales tipos de centros que, por su tipología específica, pueden ser la causa de trasmisión de infecciones en el ámbito sanitario:

Centros de Odontología



La prevalencia de infección por hepatitis virales debido a procedimientos odontológicos y de cirugía oral no está cuantificada, pero la transmisión se puede producir entre pacientes por la reutilización de materiales de un solo uso, la falta de esterilización, desinfección y limpieza del material o por una insuficiente higiene de manos. También los cirujanos y odontólogos, así como el personal auxiliar, se encuentran expuestos al riesgo de transmisión de este virus a través de la sangre y saliva de sus pacientes, principalmente mediante punciones accidentales con agujas de sutura o huecas, empleadas estas últimas para administrar fármacos o recoger muestras biológicas.

Para facilitar las labores de limpieza y desinfección del sitio quirúrgico, las paredes y suelos deberán ser de materiales lisos e impermeables y el mobiliario (mesas, sillones, camillas, carros, etc.) de material lavable, debe disponerse además del correspondiente protector individual cuando se realicen técnicas que puedan producir salpicaduras de sangre y posteriormente tenga contacto directo con el cuerpo del paciente.

Además, odontólogos y cirujanos deben conocer cómo incorporar el diagnóstico de infección por Hepatitis C, puesto que el virus C puede afectar a tejidos y órganos extra hepáticos dando lugar a diferentes manifestaciones, como el liquen plano oral, sialoadenitis e incluso cáncer oral.

Atención Sociosanitaria

Los Centros Gerontológicos, Sociosanitarios y de personas con discapacidad son objeto de controversia, ya que se carece de recomendaciones basadas en la evidencia. Por ello, únicamente se recomienda la práctica de las medidas de precaución estándar y, como medida complementaria, aquellos pacientes que presenten hepatitis crónicas en tratamiento, podrán compartir habitación con otro residente que no tenga inmunodepresión, lesiones cutáneas, dispositivos invasivos o enfermedad crónica grave.

Asimismo, se han detectado deficiencias en cuanto al conocimiento de la enfermedad, lo que en muchos casos genera que no se admitan a pacientes con hepatitis crónicas, que no suponen un riesgo para el contagio de otros pacientes, ya que la infección solo se produce cuando hay contacto de sangre.

Otros Centros (extracción de sangre, cirugía estética, etc.)

Existe un número de pequeños centros en los que se realizan extracciones de sangre en coordinación con los laboratorios de análisis de muestras, clínicas de consultas y pruebas de especialidades, o centros en los que se realizan intervenciones estéticas. Ya que estos procedimientos requieren de la ruptura de la piel con el uso de materiales punzantes, deberán cumplir las buenas prácticas en seguridad.

A este respecto, se pone especial foco en la higiene de manos y en la utilización de objetos cortantes y punzantes de un solo uso, su manejo adecuado y una apropiada eliminación de los mismos.



I.3 Transmisión en el ámbito no sanitario

Durante los últimos años se han extendido ampliamente centros dedicados a la estética, piercing, tatuajes. La falta de higiene local y medidas de asepsia producen un aumento en el riesgo de contraer enfermedades de origen infeccioso, siendo este riesgo compartido entre el operador y la persona que se somete a la intervención.

Las tipologías de centros con mayor difusión son:

Centros de belleza y estética

Estarán incluidos todos aquellos establecimientos comerciales que ofrezcan a sus clientes tratamientos para el embellecimiento, conservación e higiene de la piel y tratamientos dirigidos a promocionar la imagen saludable de sus clientes.

Las medidas de precaución en las que deben poner un mayor énfasis tanto trabajadores como propietarios de estos centros (cumplir y hacer cumplir), están relacionadas con el manejo adecuado de elementos cortantes, utilización de artículos desechables y desinfección de aquel que no lo sea, y la higiene de manos. A pesar de que no resulta sencilla la compilación de medidas específicas por la heterogeneidad que supone este sector, se han identificado las siguientes:

- Utilizar dosificadores o espátulas para la aplicación de cosméticos, así se evitará contaminar el producto.
- Cubrir las camillas o sillas con una sábana desechable o un papel de camilla antes de tratar a cada persona, para evitar que este mobiliario quede contaminado. Del mismo modo, se debe limpiar regularmente el resto del mobiliario con soluciones desinfectantes.
- Esterilizar o desinfectar el aparataje cada vez que sea utilizado por una persona distinta.
- Utilizar guantes desechables en toda actividad que suponga o pueda suponer ruptura de piel.

Centros de tatuajes y piercings

El desarrollo considerable en este último decenio de los tatuajes y las perforaciones de la piel, ha motivado la inclusión de este apartado entre los ámbitos de mejora que se desean conseguir, con el fin de garantizar la seguridad en lo que respecta a la transmisión de Hepatitis Virales, entre otras enfermedades. En este sentido, se deben seguir las prácticas desarrolladas a lo largo del documento.

Además, se proponen una serie de actuaciones complementarias en lo que respecta a buenas prácticas y la información a los clientes acerca del riesgo de estos procedimientos:

- Los profesionales deben informar a sus clientes sobre los riesgos a los que se exponen y proteger a los menores. Se recomienda colocar esta información de manera visible en el local donde se realiza la técnica.



- Los procedimientos realizados con menores requieren el consentimiento de una persona que tenga la autorización parental¹.
- Los establecimientos deben tener un contrato con una empresa autorizada para la recolección y eliminación de residuos y material cortopunzante, y a todos los efectos, cumplirán la legislación vigente a este respecto.
- Se deben utilizar recipientes de pigmentos diferentes para varias personas y del mismo modo con el material cortopunzante.
- En la Provincia de Buenos Aires todavía no existen normativas ni una legislación al respecto.

Otros centros

Siempre deberán aplicar las medidas de precaución estándar reflejadas en este documento, sea cual sea el tipo de intervención que se realice en el centro, cuando se produzca ruptura de la piel. Estos centros incluyen aquellos en los que se realicen terapias de acupuntura, terapias manuales (quiromasajes), etc.

II. Detección precoz

Aquellas personas que se encuentren infectadas podrían beneficiarse con el conocimiento de su estado, de las características de la enfermedad y de las normas higiénicas que deben seguir para reducir las posibilidades de transmisión de la infección a terceros, retrasar en lo posible la progresión de la misma y permitir la búsqueda de medios de curación.

Del mismo modo, el conocimiento de la infección por hepatitis C, debe ir unido a una inmediata vacunación de la Hepatitis A y B.

Estas recomendaciones van dirigidas a todos los profesionales con capacidad de detectar un posible caso de estas enfermedades, independientemente de donde desarrolle su profesión, tanto médicos de Atención Primaria como Especializada, ya sea en la sanidad pública o en la sanidad privada. Por tanto, es aconsejable solicitar una serología (HBsAg, antiHBc, anti HVC) en cualquiera de los siguientes casos:

1. Cuando el paciente presente transaminasas altas

Se recomienda prescribir una serología a cualquier paciente con hipertransaminasemia, aunque la elevación sea mínima, independientemente de que el paciente presente otra patología que la pueda justificar (ejemplo, pacientes con trastornos metabólicos, etc.)

2. Cuando el paciente presente un factor de riesgo

Se recomienda, en diferentes directrices nacionales e internacionales, realizar esta serología a las personas que tienen riesgo de estar infectadas por hepatitis, además del personal sanitario expuesto a procedimientos con exposición a fluidos biológicos.

¹Ley 18097/05 del Código de Habilitaciones sobre las modificaciones corporales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Estos casos se concretan en los siguientes grupos:

- Donantes de sangre/tejidos.
- Usuarios actuales o antiguos de drogas por vía parenteral.
- Infectados por VIH.
- Personas con antecedentes de transfusión sanguínea antes de 1993.
- Personas con múltiples parejas sexuales.
- Personas que han tenido contactos sexuales y domésticos con personas infectadas con HCV.
- Inmigrantes de países con alta prevalencia de la enfermedad (asiáticos, africanos).
- Personas que recibieron tratamiento médico o dental en países con prevalencia elevada y bajo control de infecciones.
- Portadores de *piercings* o tatuajes en circunstancias donde el procedimiento de control de la infección se sospecha que no es óptimo.
- Pacientes con enfermedad renal crónica.
- Pacientes con diabetes.
- Pacientes con hemofilia.
- Pacientes oncológicos.
- Pacientes sometidos a exploraciones endoscópicas.
- Pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos.
- Pacientes sometidos a tratamiento odontoestomatológico.
- Trabajadores sanitarios que se encuentren en áreas de procedimientos invasivos o semi-invasivos.
- Trabajadores en clínicas de odontología.
- Trabajadores de centros de estética y centros de tatuajes o *piercings*.

3. Tras un accidente profesional

Todo profesional sanitario debe conocer los protocolos de seguimiento para estos casos, siendo el específico de VIH considerado como mejor práctica. Para prevenir el desarrollo de la hepatitis en base a una detección precoz, en el momento del incidente se debe identificar o descartar la infección de la fuente, a partir de la sexta semana la del paciente y aplicar el tratamiento antes de la semana 26. Para ello será necesario la puesta en práctica de un seguimiento muy estricto, en el que se refleje claramente el protocolo de identificación y seguimiento de la infección y los tiempos en que el paciente debe ser examinado y tratado; así como la formación y concientización de la importancia de la enfermedad y las ventajas que supone un tratamiento en la fase aguda de la misma.

III. NOTIFICACIÓN ADECUADA Y OPORTUNA.



Los parámetros epidemiológicos básicos necesarios para monitorizar la epidemia son la prevalencia de la infección y la incidencia anual. Existe un subregistro epidemiológico en todos los casos de hepatitis virales que redundará en escasez de información fiable, válida y actualizada que proporcione datos básicos para evaluar la magnitud del problema y la toma de decisiones.

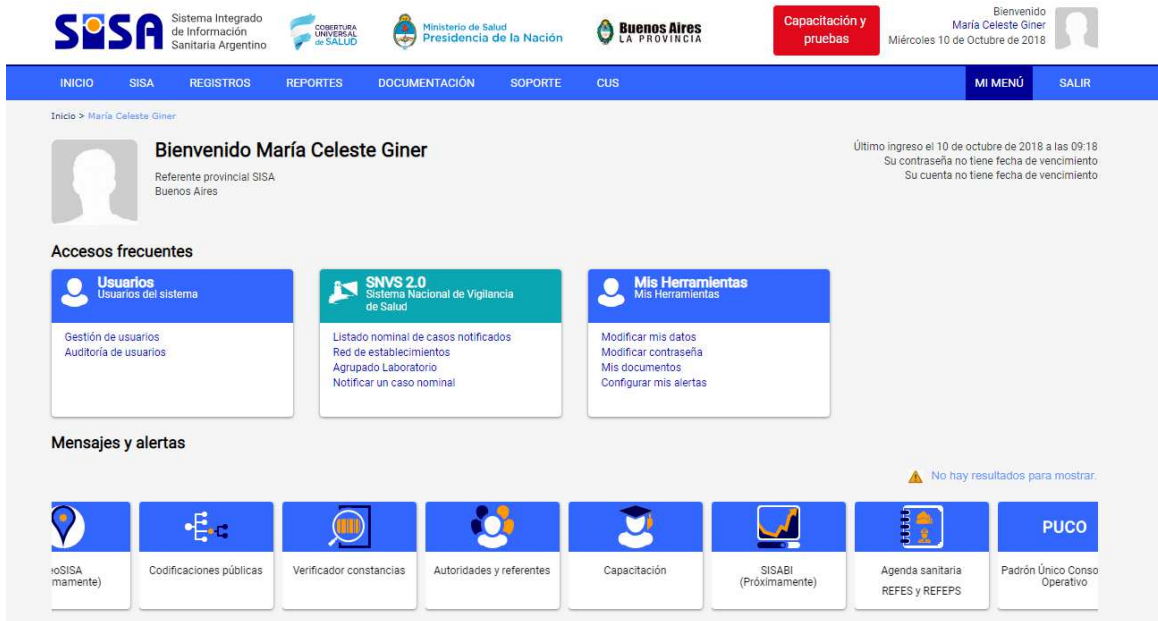
TODOS LOS PROFESIONALES QUE ATIENDAN CASOS DE HEPATITIS VIRALES DEBERÁN REGISTRAR LOS MISMOS A TRAVÉS DEL NUEVO REGISTRO SNVS 2.0 PARA SISA.

El ingreso al Sistema de Registro se realiza mediante una capacitación autoadministrada a la cual se accede solicitando la clave por mail al correo snvs.cursos@gmail.com. Esta capacitación es realizada en forma individual por los integrantes del equipo de salud. La carga de información podrá ser efectuada por personal administrativo autorizado habiendo realizado la capacitación correspondiente.

Al ser un único registro y estar unificado con el RENAPER (Registro Nacional de las Personas) permite que también los laboratorios puedan cargar los datos de los pacientes evitando duplicación de datos.

En las páginas siguientes se muestran imágenes de la notificación mediante SNVS 2.0.

NOTIFICACIÓN SNVS2.0 en SISA



SISA Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino

COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

Ministerio de Salud Presidencia de la Nación

Buenos Aires LA PROVINCIA

Capacitación y pruebas

Bienvenido María Celeste Giner
Miércoles 10 de Octubre de 2018

INICIO SISA REGISTROS REPORTES DOCUMENTACIÓN SOPORTE CUS MI MENÚ SALIR

Inicio > María Celeste Giner

Bienvenido María Celeste Giner
Referente provincial SISA
Buenos Aires

Último ingreso el 10 de octubre de 2018 a las 09:18
Su contraseña no tiene fecha de vencimiento
Su cuenta no tiene fecha de vencimiento

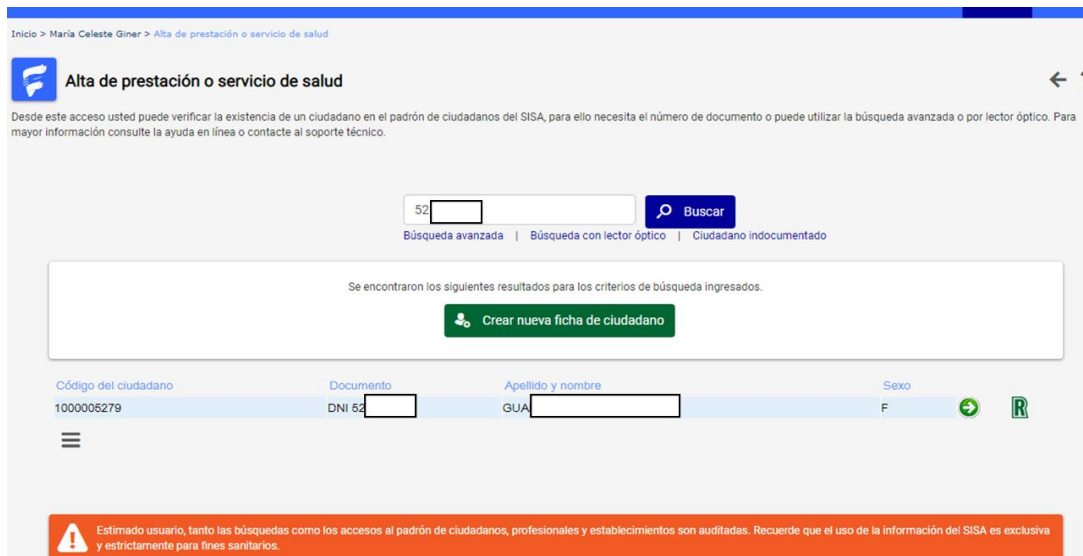
Accesos frecuentes

- Usuarios** (Usuarios del sistema)
 - Gestión de usuarios
 - Auditoría de usuarios
- SNVS 2.0** (Sistema Nacional de Vigilancia de Salud)
 - Listado nominal de casos notificados
 - Red de establecimientos
 - Agrupado Laboratorio
 - Notificar un caso nominal
- Mis Herramientas** (Mis Herramientas)
 - Modificar mis datos
 - Modificar contraseña
 - Mis documentos
 - Configurar mis alertas

Mensajes y alertas

No hay resultados para mostrar.

- ioSISA (momento)
- Codificaciones públicas
- Verificador constancias
- Autoridades y referentes
- Capacitación
- SISABI (Próximamente)
- Agenda sanitaria REFES y REFEPs
- PUCO (Padrón Único Conso Operativo)



Inicio > María Celeste Giner > Alta de prestación o servicio de salud

Alta de prestación o servicio de salud

Desde este acceso usted puede verificar la existencia de un ciudadano en el padrón de ciudadanos del SISA, para ello necesita el número de documento o puede utilizar la búsqueda avanzada o por lector óptico. Para mayor información consulte la ayuda en línea o contacte al soporte técnico.

52

Búsqueda avanzada | Búsqueda con lector óptico | Ciudadano indocumentado

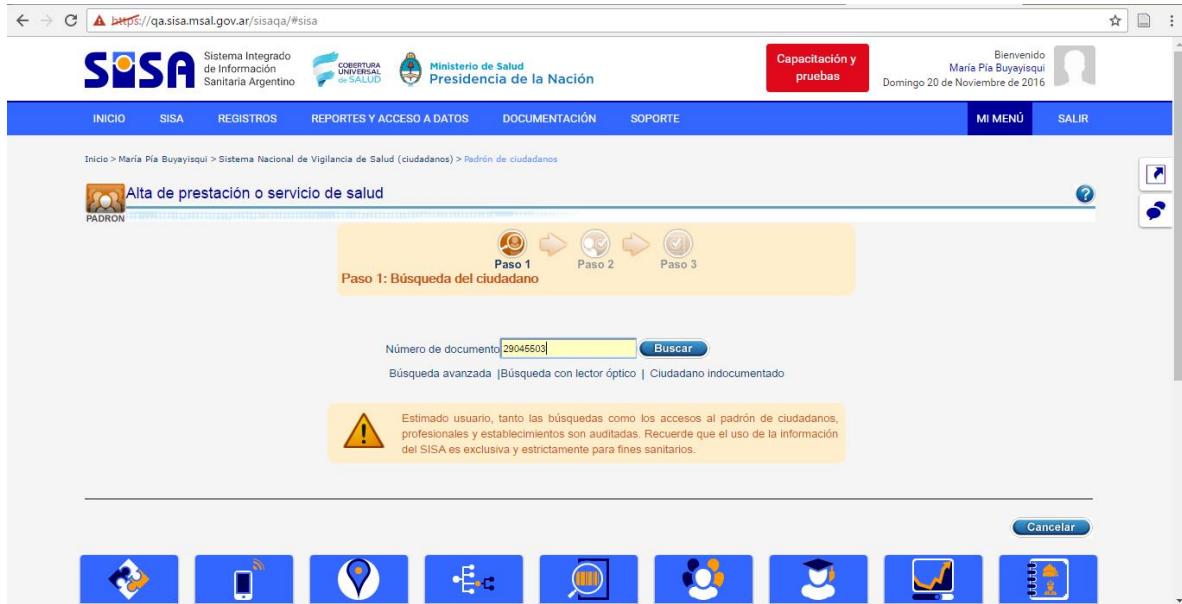
Se encontraron los siguientes resultados para los criterios de búsqueda ingresados.

| Código del ciudadano | Documento | Apellido y nombre | Sexo |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 1000005279 | DNI 52 <input type="text"/> | GUA <input type="text"/> | F <input type="button" value="Ver"/> |

Estimado usuario, tanto las búsquedas como los accesos al padrón de ciudadanos, profesionales y establecimientos son auditadas. Recuerde que el uso de la información del SISA es exclusiva y estrictamente para fines sanitarios.

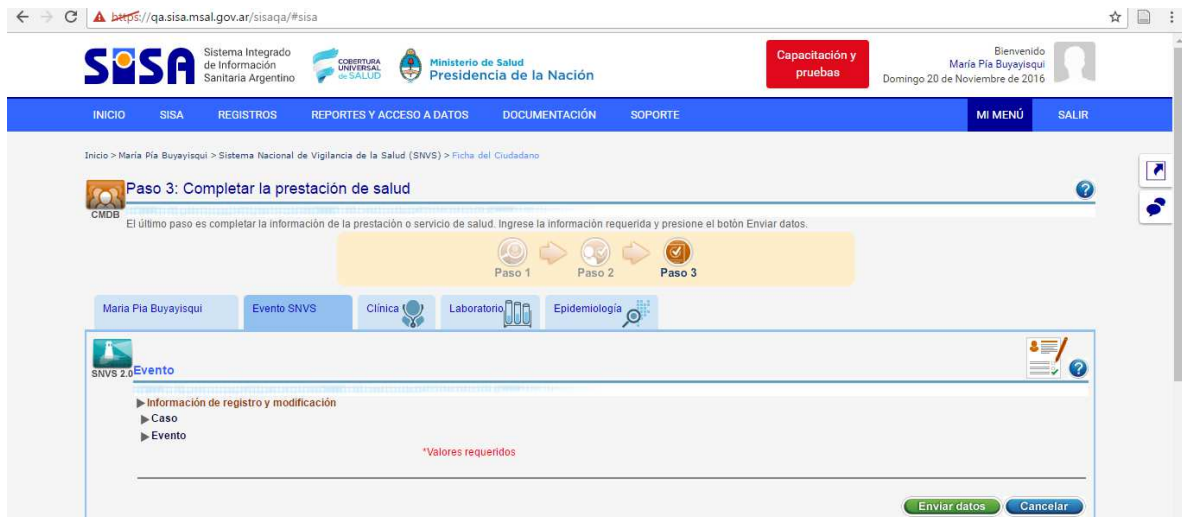
La notificación comienza por la identificación del ciudadano en el RENAPER:

- Reduce la posibilidad de datos mal cargados.
- Evita duplicaciones.



Formulario de notificación individual:

- Permite analizar integralmente toda la información del caso.
- El formulario habilita que en cada caso participe más de un usuario (médico, laboratorio, epidemiólogo), no supone ningún orden. Evita duplicaciones.



Incluye validaciones lógicas que mejoran la calidad de la información notificada, inclusive aquellas vinculadas con el algoritmo diagnóstico y la clasificación de casos.



Paula Daniela Rodriguez Evento SNVS Clínica Laboratorio Epidemiología Embarazo

SNVS 2.0 Evento Generar Constancia

► Información de registro y modificación
► Caso
▼ Evento

Grupo de eventos Hepatitis virales
Evento Hepatitis A
Fecha apertura 12-12-2016
Fecha recolección en papel 12-12-2016

📌 Código VIH

📌 Clasificación actual del caso según algoritmo

Clasificación actual del caso por autoridad sanitaria

Otros eventos vinculados de interés para este caso 🔍 **Buscador de eventos relacionados**

Observaciones

*Valores requeridos

Bibliografía

Boletín Actualizaciones Comité de Control de IACS. 2017. SADI.

OMS: Seguridad del Paciente. Higiene de las manos ¿Por qué, cómo, cuándo?

Guía Reprocesamiento de Endoscopios y Material Accesorio. Consenso entre Soc. Endoscopia Digestiva de Bs As, SADI, Club Argentino de Esterilización.

Manual de Bioseguridad para Establecimientos de Salud. Cap. 20, octubre 2014. Gob. Mendoza.

Directrices de la OMS sobre Higiene de Manos en Atención Sanitaria. Año 2005.

Protocolo de Lavado de Manos y uso correcto de guantes en Atención Primaria. Asturias. Seguridad del Paciente del SESPA. 2009.

Multisociety Guideline on reprocessing flexible GI endoscopes: 2016 uptodate ASGE (American Society of Gastrointestinal Endoscopy).

Manual de Esterilización para Centros de Salud. OPS 2008.

Manual Técnico de referencia para la Higiene de las Manos. OMS 2009.

Leyes sobre Tatuajes en Argentina. Ley N° 1897/05 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Manual para la Actualización en VIH/SIDA. Herramientas para los equipos de salud. 2017. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Boletín CIME (Centro de Información sobre Medicamentos). Área de farmacia. Hospital Garrahan. "Accidentes Laborales con elementos cortopunzantes o salpicaduras con restos biológicos". 2005.

Artículo: "Actualización del tratamiento de la hepatitis por el virus C, en pacientes con IRC en hemodiálisis revista – Nefrol. Dial. traspl. 2017; 37 (3): 172-82.

Bioseguridad y control de infecciones en hemodiálisis. (Confederación de Asociaciones de Diálisis de la RCA Argentina –CADRA).

Programa de Actualización para técnicos y enfermeros, en Hemodiálisis. Año 9-N°7-8 y N°5-6.

Manual de Diálisis-John Dougirdas.

Tratado de hemodiálisis-Fernando Valderrabamo.