

Intervenciones de enfermería para disminuir el riesgo de infección del orificio de salida del catéter

Ana M^a García Pérez, M^a Dolores Ojeda Ramírez, Inmaculada Caro Rodríguez, Sonia García Hita, Sergio García Marcos, David Ojeda Ramírez

Agencia Pública Empresarial Sanitaria. Hospital de Poniente. Almería. España

Introducción:

El uso de catéteres para hemodiálisis (HD) aumenta el riesgo de bacteriemia (2,5-5,5 episodios/1000 días-catéter) y morbimortalidad en la población envejecida de HD. La infección relacionada con el catéter de HD (CHD) procede de dos fuentes: 1) migración de gérmenes desde la piel a través del orificio de salida (OS) y, 2) colonización directa por biofilm en el interior de la luz. La prevención de la infección relacionada con CHD es prioritaria. Guías (K/DOQI, 2006) recomiendan: 1) desarrollar protocolo escrito de actuación con normas para desinfección, manipulación y cura del OS, 2) higiene de manos, uso de guantes y mascarilla por parte de los profesionales y pacientes en cada manipulación.

Es imprescindible que el personal de enfermería esté especializado en el manejo de los diferentes AV, en este caso de los catéteres venosos temporales y permanentes, para poder aplicar cuidados de enfermería óptimos y conseguir un adecuado funcionamiento del acceso, evitar complicaciones y prolongar la supervivencia del mismo. El mantenimiento del acceso vascular (AV) ha de basarse en unos cuidados exhaustivos y protocolizados, encaminados principalmente a:

1. Obtener el mejor rendimiento durante la sesión de HD.
2. Minimizar los factores de riesgo de las complicaciones potenciales.
3. Hacer una detección precoz de las complicaciones en caso de producirse.
4. Realizar la conexión del paciente al circuito extracorpóreo de manera segura y eficaz.
5. Garantizar la seguridad y asepsia durante el proceso para minimizar el riesgo de infección.

Objetivo:

Evaluar un protocolo de actuación para la cura y manipulación del CHD y su efecto sobre la prevención de la infección del OS y bacteriemia asociada.

Pacientes y métodos:

Cohorte de pacientes estables en HD durante 9 meses (04/2014 a 12/2014) portadores de catéter tunelizado (CT) o no tunelizado (CnT). Se realizan dos tipos de curas: 1) manipulación/cura en cada sesión (cura diaria: CD), realizada en CnT o CT con OS de características normales y, 2) manipulación/cura semanal (CS) en CT, con apósito transparente y semipermeable, que permite observar el estado del OS. El OS se clasifica según sus características: 1) BUENO: piel intacta y seca, 2) DUDOSO: piel intacta, no seca o levemente enrojecida y, 3) INFECTADO: inflamado y con exudado. La manipulación por cualquier motivo incluye: higiene de manos, guantes estériles y mascarilla (también el paciente).

Resultados:

31 catéteres (22 tunelizados, 71%) en 18 pacientes, 17 hombres (54,8%); 10 (55,6%) emplearon > 1 catéter (1,7/paciente). Localización: yugular interna derecha (CT, 61,3%) y femoral derecha (CnT, 25,8%). Estudiamos 1696 sesiones de HD (94,2 sesiones/paciente) durante 270 días.

138 sesiones (8,1%) pasan de CS a CD por existencia de restos hemáticos (47,8%). 155 CS extras (9,1%) por presencia de apósito mojado o despegado. Encontramos presencia de exudado en 20 sesiones (1,17%), con resultado microbiológico negativo en 12 (61,1%). 5 sesiones OS INFECTADO (incidencia 0,22 episodios/catéter-año). 1 episodio de bacteriemia con OS infectado y retirada del CT (0,12 episodios/1000 días-catéter)

Conclusión:

- Clasificar el estado del OS es una buena herramienta para unificar criterios entre profesionales.
- Instaurar un protocolo de manipulación/cura de los catéteres para HD previene aparición de infección del OS y episodios de bacteriemia secundaria.