

CUIDADOS DEL ORIFICIO DE SALIDA DE CATÉTERES TEMPORALES PARA HEMODIÁLISIS. COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS

M.^a Pilar Manrique Jimeno, Nuria Sánchez González, M.^a Dolores López García

Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Uno de los problemas más frecuentes de la utilización de catéteres centrales para la realización de hemodiálisis (HD), tanto en pacientes agudos como en crónicos que no disponen de otro acceso vascular (AV), es la infección local del punto de salida. Este tipo de infección conlleva dos complicaciones principales: el que se convierta en sistemática, con las consecuencias obvias que se derivan de ello; el segundo problema más sencillo pero también de trascendencia, puede ser la necesidad de retirar el catéter, con la consiguiente pérdida de la vía necesaria para la HD. Las dificultades para el tratamiento de una infección establecida del catéter o del área de implantación del mismo son notables, por lo que resulta de máxima utilidad el realizar una prevención eficaz de la infección.

El propósito del presente trabajo fue obtener datos acerca de qué procedimiento local produce mejores resultados, basándonos en la comparación entre los más comúnmente utilizados.

PACIENTES Y MÉTODOS

En abril de 1998 decidimos comenzar a realizar 2 tipos diferentes de curas locales, que ya habían sido recomendadas por otros autores, a los catéteres de HD que se implantaran en nuestra Unidad con el propósito de comparar diferentes alternativas de tratamiento local del punto de salida de estos catéteres y poder decidir la utilización de la más eficaz en lo sucesivo.

En nuestra Unidad, el cuidado de los AV temporales está estandarizado según un protocolo en uso desde hace varios años, que incluye utilización de material estéril para la manipulación, realizándose en primer lugar lavado del punto de salida con jabón antiséptico. (Ver protocolo 1). A partir de abril de 1998 que comenzamos el estudio, se introdujeron dos formas diferentes de realizar la cura local del punto de salida del catéter siendo las posibilidades: suero salino hipertónico al 20% (SSH) y pomada de mupirocina (Bactroban®). Por otra parte, en algunos casos de pacientes tratados en otras Unidades (UCI, UCC), se mantuvo el uso de povidona yodada (Betadine®) estandarizada en el Hospital. (Protocolos I, II y III). La forma de cura se eligió aleatoriamente, excepto cuando el paciente había tenido infecciones previas, en cuyo caso se utilizó directamente Bactroban.

El orificio de salida era observado antes de comenzar la HD y previo a poner en práctica los cuidados correspondientes; si aparecía exudado, recogíamos muestra para cultivo y se ponía en marcha el árbol de decisiones (Protocolo IV). En cualquier momento del estudio y ante signos locales de infección se cambiaba de hipertónico a Bactroban. Este esquema, en el que la cura que se iba a realizar en cada catéter se decidía aleatoriamente, se mantuvo durante los primeros 8 meses de seguimiento, dejando de ser así en los últimos 4 meses del estudio, en que ante la evidencia de la menor eficacia del uso de SSH, pasaron a incluirse todos los pacientes en la rama de Bactroban.

Desde abril de 1998 hasta diciembre de 1999 se han colocado en nuestra Unidad 64 catéteres (22 yugulares y 40 femorales) 1 subclavia y 1 permcath) en 40 pacientes.

Con fines comparativos, hemos analizado además la incidencia de infección de catéteres en los años anteriores al periodo estudiado.

RESULTADOS

La evolución de los catéteres con las diferentes medidas se muestra en las tablas 1 y 2. La incidencia total de infección en la salida del catéter detectada fue de 37,5%. Como puede apreciarse, se encontró una incidencia significativamente menor de infecciones con el uso de Bactroban comparado con el SSH. Esta diferencia abarcó también al grupo de pacientes que debieron ser cambiados de SSH a Bactroban por presentar signos de infección local (n=10), altamente significativa ($p < 0.001$) comparada con la ausencia total (n=0) de pacientes cambiados de Bactroban a SSH. Un dato de interés es la aparentemente baja incidencia de infección documentada con cultivo o aparición de exudados locales en los pacientes tratados solamente con Betadine, aunque el número escaso de estos últimos ha impedido que se realizara análisis estadístico. Por último, cuando se compararon las incidencias de infección entre catéteres inguinales y yugulares, llama la atención la ausencia de diferencias entre ambos (tabla 3).

En cuanto a la comparación con años anteriores, las diferencias en la incidencia global de infecciones de catéteres no fueron significativas aunque se observa una tendencia a la declinación en el último año. En la tabla 4 pueden verse las cifras correspondientes a cada año.

DISCUSIÓN

A lo largo del tiempo, se han aconsejado diferentes prácticas preventivas de distinta complejidad, desde la manipulación con material estéril y en condiciones cercanas a las de un ambiente quirúrgico, hasta la utilización de terapéutica empírica con antibióticos. Aparte de su mayor o menor eficacia, todas estas medidas pueden ser objeto de críticas con fundamento. Así, la utilización de un montaje de tipo quirúrgico es compleja, costosa, consume tiempo y no garantiza el éxito a largo plazo, que muchas veces puede depender de factores tan imponderables como la propia flora de la piel del paciente o de su higiene personal. Por su parte, la terapia antibiótica empírica no estaría indicada por varias razones, entre otras la posibilidad de que se creen resistencias a los fármacos utilizados, la dificultad de establecer una farmacocinética adecuada, y la siempre presente posibilidad de estar empleando un exceso de tratamiento para algo que podría solucionarse con medios más sencillos. Una aproximación interesante y práctica al problema es intentar optimizar el rendimiento de las curas locales. En ese sentido, aunque se han aconsejado diferentes propuestas para realizar estas curas locales, no está claro cual es la mejor.

En nuestra serie, la incidencia de infecciones de la salida de los catéteres se mantiene relativamente constante en el tiempo, a pesar de los distintos métodos utilizados para realizar las curas locales.

Con la utilización de SSH, a pesar de lo que propugnan otros autores, nuestros resultados demuestran que los catéteres se infectan más (81,82%) que con el uso de Bactroban (24,32%).

Los datos correspondientes al empleo de Betadine solo corresponden a catéteres que procedían de otras Unidades del Hospital ej. UCI, ya que cuando comenzamos el estudio dejamos de utilizarlo como agente único. A pesar de esto, de los datos que disponemos se desprende que puede ser igual o mejor que otros productos, lo que habrá que considerar en el futuro.

A pesar, de lo que se podría suponer, los catéteres femorales no se infectan más que los yugulares, al menos en pacientes que tienen una buena higiene. Esto es un argumento a tener en cuenta a la hora de considerar la elección de un catéter en localización determinada.

CONCLUSIÓN

En las curas locales del orificio de salida de catéteres el uso de pomada antibiótica de mupirocina parece una alternativa más adecuada que el empleo de salino hipertónico.

TRATAMIENTO CON POVIDONA IODADA (BETADINE) *Protocolo n.º 1*

Antes de HD:

1. Utilizar mascarilla y guantes
2. Lavar con esponja jabonosa y secar
3. Limpiar orificio con povidona iodada
4. Cubrir el orificio con gasa estéril

Después de HD:

1. Utilizar mascarilla y guantes
2. Lavar con esponja jabonosa y secar
3. Limpiar orificio con povidona iodada
4. Cubrir con apósito estéril

TRATAMIENTO CON SUERO SALINO HIPERTÓNICO *Protocolo n.º 2*

Antes de HD:

1. Utilizar mascarilla y guantes
2. Lavar el catéter con esponja jabonosa y secar
3. Limpiar el orificio con salino hipertónico
4. Dejar cubierto el orificio con gasa estéril.

Después de HD:

1. Usar mascarilla y guantes
2. Lavar con esponja jabonosa el catéter y secar
3. Limpiar orificio del catéter con salino hipertónico
4. Poner apósito estéril

TRATAMIENTO CON MUPIROCINA (BACTROBAN) *Protocolo 3*

Antes de HD:

1. Utilizar mascarilla y guantes
2. Lavar con esponja jabonosa y secar
3. Limpiar orificio con povidona iodada
4. Cubrir el orificio con gasa estéril

Después de HD:

1. Utilizar mascarilla y guantes
2. Lavar con esponja jabonosa y secar
3. Poner PEQUEÑA dosis de mupirocina alrededor del orificio, bien extendida
4. Cubrir con apósito estéril

RESULTADO DE LOS CULTIVOS SEGÚN AGENTE UTILIZADO

	NEGATIVOS	POSITIVOS	TOTAL
BACTROBAN	28	9	37
S.SALINO 20%	2	9	11
TOTAL	30	18	48

TABLA 1

RESULTADO DE LOS CULTIVOS

YUGULAR/FEMORAL

	NEGATIVOS	POSITIVOS	TOTAL
BACTROBAN	7/21	.3/6	.10/27
S.SALINO 20%	.1/1	.3/6	.4/7
BETADINE	.1/3	0/0	.1/3
CAMBIOS	.5/1	.2/2	.7/3

TABLA 2

RESULTADO DE LOS CULTIVOS SEGÚN LOCALIZACIÓN DEL CATÉTER

	NEGATIVOS	POSITIVOS	TOTAL
YUGULARES	13	8	21
FEMORALES	23	14	37
	36	22	58

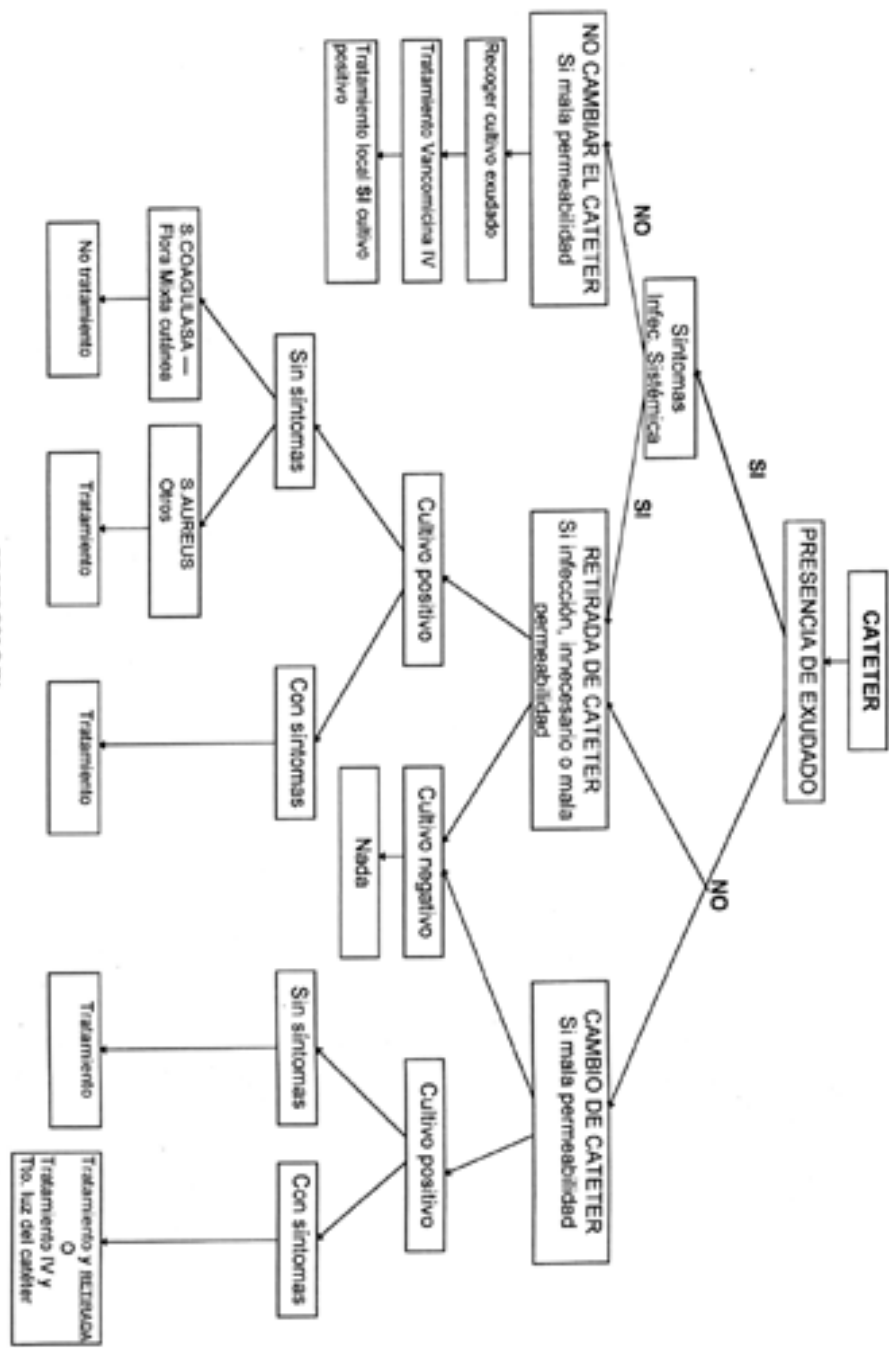
TABLA 3

RESULTADO DE LOS CULTIVOS DE CATÉTER ANUAL

AÑO	TOTAL	NEGATIVO	POSITIVOS
1992	72	30	42 (58,3%)
1993	85	51	34 (40%)
1994	64	36	28 (43,7%)
1995	76	32	44 (57,89%)
1996	78	44	34 (43%)
1997	111	61	50 (45%)

TABLA 4

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES EN PACIENTES CON CATERETES PARA HEMODIALISIS



PROTOCOLO IV