

TECNICA DEL CAMBIO DE LINEA DE TRANSFERENCIA. EXPERIENCIA RECOGIDA EN 24 MESES *

*L. Martín Espejo, M.ª A. Domíngue, L. Soler, M.ª A. Burgos, C. Gómez,
L. García-Jalón, I. Barroso, G. Ortiz, P. Benítez*

Centro: Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla

INTRODUCCION

La DPAC (Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua) como tratamiento de IRCT (insuficiencia Renal Crónica Terminal), ha introducido en el campo de la enfermería nefrológica una serie de técnicas nuevas, como el CLT (Cambio de Línea de Transferencia). Desde que comenzamos en 1980 en nuestro Servicio el programa de DPAC, hemos seguido una técnica de CLT, modificada ligeramente de la recomendada por las casas comerciales, en un intento de adaptación a nuestro medio.

En esta revisión presentamos nuestra experiencia en CLT recogida en 24 meses (del 1 de enero de 1983 al 31 de diciembre de 1984), así como su posible relación con la aparición de episodios de peritonitis.

MATERIAL Y METODOS

En el período recogido de 24 meses de 1 de enero de 1983 al 31 de diciembre de 1984, han estado en tratamiento con DPAC, en nuestro Servicio, 69 pacientes, 40 varones (57,97 %) y 29 hembras (42,03 %) con una edad media $x = 51,45 \pm 14,90$ años (rango 12 a 84 años). El tiempo medio de estancia fue de $x = 18,27 \pm 12,04$ meses (rango 1 a 46 meses).

Los criterios seguidos para la CLT, fueron:

- Periódicamente cada 2 meses haciéndolo coincidir con la consulta médica.
- Periódicamente cada mes, durante los primeros seis meses de estancia de DPAC en previsión de fallos en la técnica.
- Periódicamente cada mes, en pacientes con alguna problemática especial (diabéticos, formación de fibrina, etc.).
- En el caso de aparición de peritonitis aguda.

Técnica del cambio de línea

Los CLT fueron realizados por cuatro miembros de nuestro Servicio especialmente entrenados, y efectuados en nuestra Unidad de Diálisis Peritoneal Intermittente, donde existen varias camas habilitadas al efecto, accediendo a ella el paciente sin ropa de calle. En una mesa auxiliar se prepara el material necesario consistente en:

- Set de curas (tijera, pinzas de disección, mosquito).
- Gasas.
- Compresas.
- Paño estéril con abertura central.
- Paño estéril sin abertura central.
- Jeringa cono Luer.
- Cápsula metálica.
- Povidona yodo.
- Línea de transferencia.
- Clamp Shell.
- Guantes estériles.
- Bastón para cultivo.
- Mascarillas.

Una vez encamado el paciente se procede al drenaje de la bolsa. Posteriormente tanto el paciente como el enfermero/a, se colocan mascarillas, y se procede a la retirada del apósito que cubre la inserción para su inspección y toma de cultivo en caso necesario.

Comenzamos por poner una cantidad suficiente de Povidona yodo en la cápsula metálica donde sumergimos varias gasas estériles.

A continuación se efectúa un lavado quirúrgico de las manos del enfermero/a secándose con compresas estériles.

De la cápsula con Povidona yodo, se extrae una gasa con la que se sujeta la conexión de titanio para levantar el cateter y separarlo del cuerpo del paciente, y con otra pintamos un campo de unos 10 a 15 cm alrededor de la inserción, desechando esta gasa una vez finalizada la operación. Con otra nueva gasa empapada en Povidona yodo Comenzamos la limpieza del cateter desde la conexión de titanio a la inserción durante al menos 3 minutos, y una vez transcurrido este tiempo envolvemos el cateter en dicha gasa. Con otra nueva gasa se procede a la limpieza por frotación de la conexión línea-titanio durante el mismo tiempo que el anterior aproximadamente, una vez finalizado se envuelve dicha conexión con esta gasa. Con una nueva gasa se procede a la limpieza de la línea desde la conexión hacia la bolsa en una longitud de unos 15 cm aproximadamente durante igual período de tiempo envolviendo dicha zona al final con la gasa, con lo cual finalizamos la primera parte del CLT.

A continuación extendemos sobre las piernas del paciente un campo estéril sobre el que colocamos el material de un set de cura, gasas, compresas, una jeringa, la línea de transferencia, una bolsa de líquido de diálisis (previamente retirado el forro protector), un clamp shell y un paño estéril con abertura central.

Sobre la caja del set de cura utilizado dejamos preparados unos guantes estériles que nos colocamos tras un nuevo lavado quirúrgico de las manos.

Con ellos puestos conectamos la línea de transferencia a la bolsa de diálisis, previa comprobación de fuga en esta, se coloca el clamp, shell, a la conexión pincho-bolsa y se purga la línea. El paño con abertura central se extiende con el centro en la inserción del cateter y con las pinzas de disección, se saca el cateter y la parte de la línea de transferencia que previamente habíamos cubierto con la gasa impregnada en Povidona yodo, desenrollándola con las pinzas y desechándolas. A continuación procedemos a una nueva limpieza con gasa impregnada en Povidona yodo del cateter, conexión de titanio-línea, y línea, con la misma técnica descrita anteriormente.

Una vez finalizada esta segunda limpieza, se pinza el cateter con un mosquito, se carga la jeringa con 1 o 2 cm de Povidona yodo y se procede a la desconexión de la línea procurando que la boca del conector de titanio no quede al aire sino protegida con la gasa, conectamos la jeringa e introducimos en el interior del cateter Povidona yodo, hasta la altura de la inserción despinzando el mosquito y volviéndolo a pinzar al llegar la Povidona yodo a dicha altura. Envolvemos bien la conexión jeringa-conexión de titanio con la gasa impregnada en Povidona yodo esperando unos 10 minutos aproximadamente.

Durante este tiempo nos cambiamos de guantes estériles.

Por aspiración extraemos la Povidona yodo del cateter, se retira la jeringa y se procede a la conexión de la nueva línea.

La única complicación que hemos encontrado con la técnica, fuera de la probabilidad de peritonitis relacionada con la misma, ha consistido en la entrada de Povidona yodo a la cavidad peritoneal, al lavar el interior del cateter, con la consiguiente irritación y dolor. De todas formas esta eventualidad tan sólo se ha presentado en tres cambios y es fácilmente evitable. Una vez efectuado el cambio, se coloca un apósito en la inserción se retiran los paños estériles y se infunde la bolsa.

RESULTADOS

Durante el período de 24 meses que comprenden nuestros estudios hemos realizado un total de 675 CLT (321 en 1983 y 354 en 1984), con un promedio de 28,12 CLT por mes y de 9,78 CLT por paciente.

Los cambios de líneas tuvieron lugar por:

- a) Protocolo habitual 589 cambios (87,26%)
- b) Peritonitis aguda 62 cambios (9,18 %).
- c) Rotura de línea 9 cambios (1,33 %).
- d) Obstrucción de flujo por fibrina 10 cambios (1,48 %).
- e) Desconexión línea-titanio 1 cambio (0,15 %).
- f) Contaminación objetivada 3 cambios (0,44 %).
- g) Paso a DPI por pérdida de ultrafiltración 1 cambio (0,15 %).

Hemos considerado episodios de peritonitis con probabilidad de estar relacionado con CLT, cuando éste aparecía dentro de las 72 horas siguientes a su realización.

Con este presupuesto hemos observado la aparición de 3 episodios de peritonitis. En dos de ellos fue posible aislar el germen causante (E. Coli un caso, Estreptococo Viridans en el otro), resultando negativo el cultivo en el tercer caso.

Si del total de los 675 CLT realizados durante este período, deducimos los 62 debidos a la aparición de peritonitis aguda, resulta que en 613 CLT, hemos registrado únicamente tres episodios de peritonitis que podían tener una relación temporal con dichos cambios, lo que representa un 0,44 % de los cambios realizados (P:n/s).

CONCLUSIONES

1. La periodicidad, indicaciones y metodología seguidas en nuestro Servicio con los CLT, mostró ser eficaz en la prevención de complicaciones en los pacientes de DPAC (rotura de línea, obstrucciones por fibrina, peritonitis, etc.).
2. El número de episodios de peritonitis con probabilidad de estar relacionado con la técnica, ha resultado mínimo, y estadísticamente no significativo.
3. La aparición de otras complicaciones fuera de la peritonitis, ha resultado igualmente mínima y no significativo.
4. Consideramos que la técnica del CLT adaptada en nuestro Servicio ha resultado eficaz, segura y de fácil aplicación en cualquier Centro de DPAC con mínimas disponibilidades técnicas.