

CUIDADOS DEL ORIFICIO DEL CATETER PERITONEAL. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA. COMPLICACIONES DEL ORIFICIO DE SALIDA.

Dña. Sagrario Jiménez Jiménez.

Unidad de Diálisis Peritoneal.

Hospital Universitario Ciudad de Jaén.

En este trabajo se ha pretendido realizar un análisis del tratamiento y la importancia de los cuidados del orificio de salida, así como la necesidad de que los pacientes tengan la confianza necesaria en la técnica que empleamos para poder llevar a cabo un buen funcionamiento de la diálisis peritoneal, de manera que la calidad de vida de nuestra paciente se vea ampliamente mejorada. A continuación y basándome en mi experiencia profesional detallo las circunstancias que son necesarias para el buen funcionamiento de la técnica.

INTRODUCCIÓN.

Es necesario un acceso a la cavidad peritoneal, para el funcionamiento de la Diálisis Peritoneal. Aunque, actualmente el O.C.P. ha quedado en un segundo plano, tenemos que cuidar y evitar complicaciones. La correcta valoración del orificio del catéter peritoneal nos ayudara a diagnosticar y prevenir infecciones del orificio de salida.

Los cuidados deben iniciarse antes de la implantación del catéter, es el momento que se forma el orificio de salida, aunque no se conocen acuerdos en los procedimientos de la limpieza, cura e inmovilización del orificio.

En la post-implantación del catéter, debe ser valorado y tener en cuenta una continuidad de cuidados por enfermeros de la unidad de Diálisis Peritoneal.

Los primeros estudios fueron publicados por Twardowski, en el año 1991, y aunque se ha mejorado la supervivencia de los catéteres, en la actualidad todavía aparecen complicaciones en el orificio de salida que nos obliga a la retirada del mismo.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- La primera actuación es explicar al apaciente el procedimiento de la colocación, evitando miedo y ansiedad.
- Administrar laxantes o enema el día anterior.
- Preparación de la piel con ducha y rasurado.
- Valorar el abdomen: evitando zonas cicatriciales y, pliegues y áreas del cinturón abdominal para determinar el orificio de salida.

- En paciente con ostomías, valorar la posibilidad de utilizar catéter preesternal y así evitar la infección del orificio.
- Canalizar una vía periférica para administración de medicación.
- El orificio de salida debe ser en dirección caudal.
- Vaciado de vejiga previo a la intervención.

El O. S. lo clasificamos en: orificio externo; salida del catéter al exterior rodeado por epitelio; orificio interno o seno; tejido subcutáneo donde va insertado el primer *cuff* o manguito, a continuación el túnel del catéter subcutáneo y segundo *cuff* que va insertado en la fascia muscular.

Después de la implantación debemos de: a) Prevenir infecciones; b) prevenir traumatismos; c) favorecer la cicatrización en cuatro semanas y d) diagnosticar complicaciones precoces.

a) ¿Cómo prevenir infecciones?

- Toma de muestras en fosas nasales para determinar portadores de *S. Aureus*.
- Curar del O.S. si el apósito está manchado o húmedo.
- Colocación de mascarilla, lavado de manos (paños, gasas, guantes y apósitos estériles).
- Evitar mojarlo con agua (limpiar con soluciones salinas).
- Evitar la inmersión durante la cicatrización.

b) ¿Cómo prevenir traumatismos?

- Después de la cura del orificio de salida procurar una buena inmovilización, sin provocar tirantez y evitar los tirones.
- Evitar las alergias (a desinfectantes, esparadrapo, jabón...)
- No quitar las costras de forma agresiva.
- No presionar el O.S. con movimientos agresivos o con el cinturón o ropa.

c) Favorecer la cicatrización.

Si la cicatrización es rápida el O.S. se caracteriza porque es de color rosado, en la primera semana desaparece la sensibilidad, el tejido de granulación es blanco y plano, y el seno está seco en dos semanas.

Si la cicatrización es lenta se caracteriza porque la sensibilidad está mantenida durante más de una semana, los bordes son oscuros. Hay humedad asociada a un drenaje seroso mantenido más de una semana. El tejido de granulación es rojo y tiene facilidad para infectarse.

La actuación enfermera para favorecer la cicatrización es el lavado semanal de orificio durante cuatro u ocho semanas con suero salino y aplicar antiséptico no iónico. Colocar el catéter en posición natural, inmovilizándolo completamente y sin utilizar bolsa de tela.

d) ¿Cómo diagnosticar complicaciones precoces?

Valorar si hay signos de infección en el orificio, seno y túnel, si hay salida de líquido por el orificio, si hay fuga subcutánea y evaluar el manguito externo.

VALORACIÓN DE TWARDOWSKI.

Twardowski a la hora de valorar un orificio se basa en los signos externos y en la valoración de seno.

Según los signos externos observa inflamación, traumatismo, dolor, color de la piel, costra, tejido de granulación, drenado del orificio y características del manguito.

Cuando valora el seno presta atención a las características del tejido de granulación, longitud del epitelio, cantidad del drenado y características del drenado.

Tras seis semanas de cicatrización hace una clasificación de orificio: perfecto, bueno, equívoco, infección aguda, infección crónica, infección del túnel y traumatizado.

- Orificio perfecto: con más de seis semanas de evolución se caracteriza por un epitelio maduro en el seno, sin eritema, sin presencia de granulomas y no se forman costras con una frecuencia mayor a una semana.

En este caso los cuidados de enfermería son el lavado diario, o de dos a tres veces por semana con jabón líquido neutro y agua, no necesita apósito, pero sí una protección en el orificio, y bien inmovilizado.

- Orificio bueno: tiene un color natural, se aprecia el tejido de granulación plano, el epitelio y las mucosas a veces aparecen secas o con ligera secreción, la frecuencia con que forma la costra es cada dos días.

Los cuidados de enfermería se basan en lavar a diario, o dos o tres veces en semana con jabón líquido neutro y agua, evitando el agua oxigenada, proteger con apósito e inmovilizar.

- Orificio equívoco: el tejido granulación moderado, drenado líquido, no dolor ni induración, eritema pericatóter menos de 1,3 cm. de diámetro.

Los cuidados de enfermería los iniciamos tomando una muestra, lavado diario con jabón líquido neutro y suero salino, cubrir con apósito, iniciar tratamiento con mupirozina. Si es *gram* (negativo) con ciprofloxacino ótico.

- Orificio con infección aguda: tiene inflamación, dolor, eritema mayor a 1,3 cm de diámetro pericatóter, tejido de granulación exuberante, drenaje pululento-sanguinolento espontáneo con una duración de menos de cuatro semanas y con presencia de costras.

La enfermería actúa tomando una muestra para la determinación de gérmenes (cultivo y *gram*), curar dos veces al día con solución salina, tratar con antibiótico según el cultivo, cauterizar el tejido de granulación y cubrir con apósito estéril.

- Orificio con infección crónica: inflamación que persiste más de cuatro semanas, sin dolor, ni induración, ni enrojecimiento, frecuentes costras, exudado pululento-sanguinolento, tejido de granulación exuberante, regresión del epitelio en el seno.

Los cuidados de la enfermería comienzan con la toma de muestras para determinar los gérmenes. Curar el orificio dos veces al día con suero salino, aplicando el tratamiento antibiótico que proceda y mantenerlo durante 21 días.

- Orificio con infección del túnel: presencia de edema, eritema, dolor a lo largo del trayecto de túnel, drenado pululento-sanguinolento, hemorrágico y seroso de forma espontánea o presionando, tejido de granulación en el seno macerado.

De nuevo se toma una muestra, curamos dos veces al día con suero salino, aplicamos el antibiótico según proceda, cauterizamos el tejido de granulación y expulsión del primer manguito o *cuff* y pelado del mismo.

- Orificio traumatizado: dependiendo de la intensidad del trauma puede aparecer dolor, sangrado o eritema. La enfermería debe actuar iniciando el tratamiento de forma precoz, lavado o cura diaria, usar apósitos estériles, la duración del tratamiento va a depender de la evolución del trauma. Mostrar especial atención a la hora de inmovilizar el catéter.

COMPLICACIONES DEL ORIFICIO DE SALIDA.

- **Infeciosas:** a) Infección del orificio de salida; b) Infección del manguito externo; c) Infección del túnel subcutáneo y; d) si la infección pasa al segundo *cuff* nos provocaría una peritonitis.

a) Infección del orificio de salida: la incidencia de la infección de I.O.S. es menor que las peritonitis, pero aún así un 70% de las infecciones son causadas por microorganismos como: S. Aureus y P. Aeruginosa.

Aunque en algunas ocasiones se ha descrito alguna infección por agentes bacterianos como son las Corynobacterias.

Puede ocurrir que algunos orificios presente aspecto de infección pero no existe tal, sino que se trata de una colonización de microorganismos de la flora cutánea.

Ante un orificio enrojecido y con exudado pululento, lo que llamamos orificio equivoco, tomamos muestra para un cultivo. Se debe valorar si el paciente es portador del S. Aureus.

Se inician las curas cada 12 horas con jabón neutro líquido y suero salino hipertónico, secado con gasas estériles y o aire frío. Si el paciente es portador del *S. Aureus* iniciamos el tratamiento con Mupirocina si no es portador con Povidona Yodada y esperamos el resultado del cultivo. Si la muestra es una Corynobacteria puede resolverse con antiséptico (povidona yodada).

Tenemos un seguimiento sobre la evolución de la infección, si la evolución es mala y disponemos del cultivo, ajustamos antibioterapia según el resultado. Si el cultivo es *gram* negativo utilizamos Ciprofloxacino otico durante 21 días.

En caso de granuloma exuberante asociado a la infección lo tratamos después de haber mejorado la infección. Para el tratamiento del granuloma cauterizamos con nitrato de plata o aplicaciones tópicas con violeta de genciana.

b) Infección del manguito externo: si en dos o tres semanas no hay mejoría clínica de la infección del orificio repetir nuevamente el cultivo, si persiste el mismo germen, el microorganismo se ha acantonado en el manguito externo. Es posible la extrusión espontánea por despegamiento del manguito del tejido circundante debido al proceso infeccioso, en esta situación siempre debe haber cobertura antibiótica y procederíamos al pelado del manguito externo.

c) Infección del túnel: es una situación de inflamación, enrojecimiento, tumoración, dolor, fistulización con mínima o nula expresión en el orificio de salida. Debe tratarse con antibioterapia durante dos o cuatro semanas, para su curación se debe proceder a la extrusión del manguito externo, a veces de forma espontánea o quirúrgica.

d) Si no se controla la infección de túnel pasaría al manguito interno provocando una peritonitis. En este caso se procedería a la retirada del catéter.

- **No infecciosas:** a) Fuga pericatóter; b) Traumatismo; c) Extrusión del manguito externo; d) Seromas; e) Erosión del túnel subcutáneo; f) Calcifilaxis del orificio de salida y; g) Eventraciones.

a) Fuga pericatóter: es una pérdida de líquido alrededor de la inserción del catéter que se fuga por el trayecto del túnel, seno, inserción y pueden ser precoces y tardías. Las fugas precoces ocurren en la primera semana de implantación, por lo que se recomienda atrasar el inicio de la diálisis peritoneal, hacer los intercambios en posición supina disminuyendo los volúmenes. Las fugas tardías no son frecuentes, se asocian al ejercicio brusco que aumenta la presión intrabdominal, aparecen con edema en la pared abdominal y a su vez disminuye el efluente peritoneal.

b) Traumatismo: se produce por ser frecuentes los tirones que lesionan el orificio ocasionando dolor, eritema, costra y riesgo de infección.

c) Extrusión del manguito superficial: consiste en la erosión del epitelio y tejido subcutáneo que rodea al manguito y permite que aboque a la piel, por causas mecánicas como son la colocación muy superficial del catéter y sin forma arqueada y traumatismos de repetición.

d) Seromas: salida de exudado seroso por el orificio, ocurre tras la implantación del catéter. Debe diferenciarse de la fuga precoz, para ello debe medirse el nivel de glucosa. Esta situación suele ceder en horas o días.

e) Erosión del túnel: consiste en que la parte del catéter que debería estar enterrada en el túnel queda al aire al desaparece la cobertura cutánea del túnel.

f) Calcifilaxis del orificio de salida: es una complicación poco frecuente, pero grave. Se trata de una lesión isquémica y dolorosa en el borde del orificio que aparece dentro del contexto de necrosis como consecuencia de acumulaciones de calcio.

g) Eventraciones: se produce por la presión intrabdominal mantenida, provocando un mal funcionamiento del catéter por introducirse la punta de este dentro del saco herniano. Precisa la corrección de la hernia, si es posible se implantaría otro catéter de forma simultánea y posteriormente se daría reposo al peritoneo con paso a hemodiálisis de forma transitoria.

RESUMEN.

Estas técnicas tienen como objetivo potenciar la seguridad del paciente, esta seguridad se manifiestan en el momento en el que el paciente pierde el miedo a lo desconocido.

Dar más protagonismo en los entrenamientos a los cuidados y valoración del orificio de salida para conseguir orificios perfectos.

BIBLIOGRAFÍA.

- Montenegro, Jesús. *“Tratado de diálisis peritoneal”*. Ed. Elsevier España S. L. 2009, Barcelona. ISBN13: 978848086394-0.
- Daugirdas, J.T, Blake, P, Ing, T.S. *“Manual de diálisis”*. Masson S.A. 2003, Barcelona. I.S.B.N.: 844581124-2.
- Experiencia propia como enfermera de la unidad de Diálisis Peritoneal del Hospital Médico Quirúrgico Ciudad de Jaén, según las guías.