

Evaluación de un protocolo de prevención de bacteriemia relacionada con el catéter venoso central en hemodiálisis

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

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 tras cada sesión y, 2) higiene de manos, uso de guantes y mascarilla por parte de los profesionales y pacientes en cada manipulación. Es imprescindible que enfermería esté especializada en el manejo del CHD; para poder aplicar cuidados de enfermería óptimos y conseguir un adecuado funcionamiento del acceso, evitar complicaciones y prolongar la supervivencia del mismo.

Objetivos:

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.

Material y Método:

Estudio longitudinal prospectivo de cohorte. Población de 31 pacientes estables en HD durante 24 meses (04/2014 a 04/2016) portadores de catéter tunelizado (CT) o no tunelizado (CnT). En Abril de 2014 se implanta un protocolo específico para la cura y manipulación del CHD. Se realizan dos tipos de curas: 1) manipulación/cura en cada sesión (cura diaria: CD), realizada en CnT o CT con OS dudoso o infectado y, 2) manipulación/cura semanal (CS) en CT, con apósito transparente y se-

mipermeable, que permite observar el estado del OS. 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 purulento. La manipulación por cualquier motivo incluye: higiene de manos, guantes y mascarilla (también el paciente).

Resultados:

Análisis estadístico de los datos mediante SPSS v16. 56 catéteres (33 tunelizados, 58,9%) en 31 pacientes (15 hombres, 48,38%). La localización más frecuente es yugular interna derecha (CT, 72,7%) y, femoral derecha (CnT, 47,9%). Estudiamos 4787 sesiones de HD (154,4 sesiones/paciente) durante 730 días. De los 4787 casos un 96,9% presenta OS BUENO, 2,9% OS DUDOSO y 0,2% OS INFECTADO. 285 sesiones (5,9%) pasan de CS a CD por existencia de restos hemáticos (19,1%). 330 CS extras (6,89%) por presencia de apósito mojado o despegado. Encontramos presencia de exudado en 92 sesiones (1,92%), con resultado microbiológico negativo en 25 (61%). 10 sesiones OS INFECTADO (incidencia 0,08 episodios/cateter-año). 1 episodio de bacteriemia con OS infectado y retirada del CT (0,002 episodios/1000 días-catéter). La supervivencia media CT con CD es de 305,2±229,9 días frente a 804,6±560,9 con CS. La probabilidad de supervivencia al año del CT es del 33% por el mal funcionamiento del propio catéter, y no por episodios infecciosos.

Conclusión:

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