

INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS HIGIÉNICOS EN LAS INFECCIONES DEL ORIFICIO/TÚNEL DEL CATÉTER PERITONEAL.- 4º TRIMESTRE. 1.997.

*AUTORES: A. Gil
L. Andreu
P. Gruart
J.M. Verges
I. García*

*PALABRAS CLAVE: D.P.
Hábitos higiénicos
Complicaciones*

RESUMEN

En la Diálisis Peritoneal (DP) es imprescindible una manipulación correcta del equipo y especialmente del orificio de salida. La enfermera encargada de la DP es responsable de preparar al paciente para que sea capaz de llevar a cabo sus autocuidados. Al no existir procedimientos universalmente aceptados para la cura del catéter, hemos querido evaluar el procedimiento recomendado en nuestra unidad, conocer el grado de cumplimiento por parte de los pacientes y relacionar dicho cumplimiento con la aparición de episodios infecciosos. A tal fin se realizó una encuesta a 31 pacientes sobre aspectos relacionados con la higiene, cura y mantenimiento del catéter. Se complementó con observación directa de la forma de fijar y proteger el catéter y el orificio, relacionando los datos con la aparición de episodios infecciosos. Los resultados indican que pese a que ningún paciente cumplía absolutamente las recomendaciones de la Unidad, la prevalencia de episodios infecciosos no difería de las referidas por otros centros. El no adaptarse las recomendaciones al régimen de vida del paciente o el no haber sido adecuadamente comprendidas, parecen ser las causas más probables del incumplimiento

INTRODUCCION

El catéter Diálisis Peritoneal (DP), establece una vía de comunicación con el exterior, por lo que el riesgo de infección es considerable. Se define como infección del orificio de salida y/o del túnel subcutáneo (O/T) a la aparición espontánea o provocada de exudado que puede ser purulento, acompañado de eritema de la zona. Dicho eritema puede variar de un enrojecimiento casi inapreciable a una tumefacción de todo el trayecto del túnel subcutáneo, acompañado de dolor y en ocasiones de la presencia de tejido de granulación en

la parte externa o seno del orificio Según Piraino, la incidencia de infección en el O/T es del 0.6 a 0.8 por paciente/año(2); si el orificio es protuberante y doloroso con drenaje purulento, la pérdida del catéter se puede cifrar en un 45%(3)

La mayor parte de infecciones del O/T están provocadas por gérmenes Gram positivos, siendo el *Staphylococcus aureus* el más frecuente (66%)(3) este germen tiene una gran facilidad para colonizar la piel y los orificios corporales, por lo que es frecuente que haya relación entre el hecho de que los pacientes y/o los familiares sean portadores y la infección del O/T. Según Burkart(4) de 35 episodios de infección del O/T por *Staphylococcus aureus*, en el 85% de los casos coexistía peritonitis provocada por el mismo germen. Otro germen gram positivo causante de infecciones del O/T es el *Staphylococcus epidermidis*, existente en la flora cutánea normal y que frecuentemente coloniza catéteres, válvulas cardíacas, etc. Es muy escasa la prevalencia de infecciones provocadas por otros gérmenes gram positivos(3) Se ha descrito que las infecciones por gérmenes gram negativos suelen aparecer secundariamente a, tratamientos largos con antibióticos; De entre ellos cabe destacar la *Pseudomonas aureoginosa*, que provoca infecciones especialmente virulentas. Las infecciones por hongos tienen poca prevalencia, aunque son muy resistentes al tratamiento y acostumbra a provocar una pérdida rápida del catéter.

Factores que aumentan el riesgo de infección son: la falta de inmunidad que conlleva la insuficiencia renal y la desnutrición. Por otra parte en pacientes obesos, los surcos abdominales facilitan la proliferación de gérmenes; también el manguito externo, aunque facilita la fijación del catéter y actúa como barrera contra la infección, puede colonizarse y ser un buen hábitat para los gérmenes.

Evidentemente la manipulación correcta del equipo de DP y especialmente del O/T, será imprescindible para minimizar dicho riesgo. Que el paciente tenga unos buenos hábitos higiénicos y que realice la cura del orificio adecuadamente, será fundamental a la hora de procurar la viabilidad de la DP.

Una de las mayores responsabilidades de la enfermera de DP, es la de preparar al paciente para que sea capaz de llevar a cabo sus autocuidados de forma que garanticen un mantenimiento correcto del orificio de salida.

Se han descrito numerosos procedimientos que pretenden asegurar un cuidado correcto del orificio, aunque ninguno está universalmente aceptado. En general, se recomienda la ducha como mínimo tres veces por semana, sin esponja, con o sin apósito en el orificio durante la misma y secado posterior del orificio con gasas o secador de pelo(5) Se han observado diferentes resultados dependiendo de si el jabón utilizado es antiséptico o convencional. Barbara Prowart recomienda que el jabón sea antiséptico y preferentemente líquido(6) Una vez finalizada la ducha, no hay unanimidad respecto al uso de un antiséptico como la solución de povidona yodada, por el riesgo de contaminación por *Pseudomonas*. Otras sustancias como el agua oxigenada('), con acción supuestamente citotóxica y el suero hipertónico, son objeto de controversia. Tampoco hay recomendaciones definitivas en cuanto a la frecuencia de la limpieza del orificio en el caso de la ducha no diaria; simplemente se recomienda se lave el orificio cuando esté sucio o mojado. Donde existe mayor unanimidad es en que durante la ducha se realice el lavado del orificio al final y en que el catéter se fije adecuadamente.

Pensamos que esta falta de un criterio unánime puede estar provocada por el hecho de que no existen resultados fiables y porque el cuidado del catéter está íntimamente ligado a los hábitos de vida de las personas que a su vez, depende de innumerables factores socioculturales y ambientales. Así pues creemos útil el profundizar en estos aspectos con el fin de proporcionar a los pacientes indicaciones al respecto. El programa educativo debe incluir un protocolo claro y conciso que facilite el seguimiento de unas normas de higiene que garanticen la limpieza de la zona de implantación y se adapten en lo posible a los hábitos de vida del paciente.

OBJETIVO

Evaluar el procedimiento recomendado en nuestra unidad para la higiene y cuidado del catéter, conocer su grado de cumplimentación por parte de los pacientes y relacionar su posible falta de cumplimiento con la aparición de episodios infecciosos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una encuesta a 31 pacientes (20 hombres y 11 mujeres) con una permanencia media en programa de DP de 26,12 meses (rango 3,13-72,6 meses)

Dicha encuesta, consta de 13 ítems en forma de preguntas cerradas sobre aspectos relacionados con la ducha, la cura del orificio de salida y el mantenimiento del catéter.

Así mismo se realizó a los 31 pacientes una observación directa durante una visita ambulatoria escogida al azar, de la posición en que el paciente colocaba el esparadrapo para fijar el catéter y de si dicho catéter estaba inmovilizado a tensión.

Relacionamos los resultados obtenidos con la incidencia de episodios infecciosos aparecidos en los últimos 36 meses.

Para el tratamiento estadístico de los datos obtenidos se ha utilizado el paquete "Statistica Stat Soft".

- El procedimiento recomendado por nuestra Unidad para la higiene corporal y la cura del catéter es el siguiente:
 - Ducha, con una frecuencia de tres veces por semana (preferentemente diaria)
 - Lavado de la zona de implantación sin esponja.
 - Uso de jabón líquido antiséptico.
 - Aclarado de la zona tras haber finalizado el aclarado del cuerpo.
Secado con gasas.
- Con respecto a la cura del catéter se recomienda:
 - Cura con frecuencia mínima de tres veces por semana (preferentemente diaria)
 - Lavado previo de manos con jabón antiséptico y/o solución antiséptica.
 - Utilización de mascarilla durante la cura.

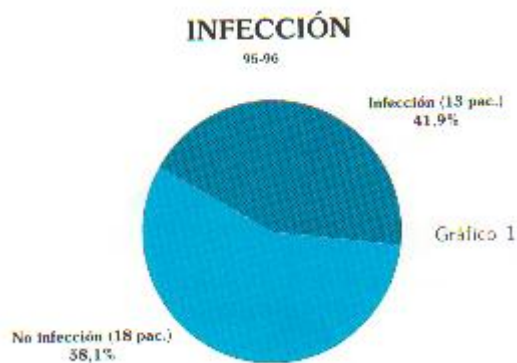
- Limpieza del orificio con agua oxigenada.
- Secado con gasas.
 - Con respecto a la fijación del catéter, se recomienda:
- Fijarlo a la piel con un bucle que aminore la tensión sobre el orificio.
- Utilizar para inmovilizar una cinta adhesiva diferente a la del apósito protector.
- Colocar el prolongador en una pequeña bolsa para sujetarlo y evitar tensiones sobre el catéter.

Si el paciente no tiene la adecuada habilidad manual, recomendamos que el cuidador realice la cura del catéter.

RESULTADOS

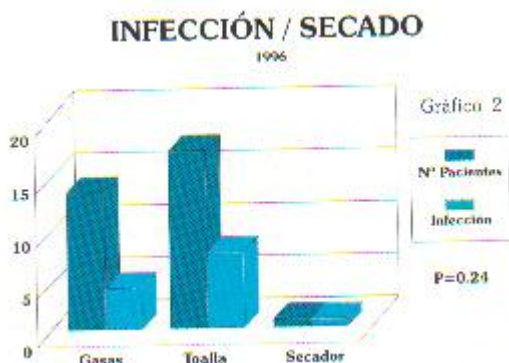
De entre los resultados obtenidos cabe destacar:

- De los 31 pacientes 13 (41,94%) han presentado episodios de infección del O/T.



- Ningún paciente cumplía absolutamente las recomendaciones realizadas durante el programa educativo y recogidas en los 13 ítems de la encuesta. Sin embargo el número de errores que realizaban no se correlaciona con la aparición de episodios infecciosos.

- El uso de esponja no interfiere en la aparición de infección
- Se secan el orificio con una toalla 16 pacientes, de ellos 8 (50%), tienen infecciones; de los 14 pacientes que se secan con gasa se infectan 4 (28,57%)
- Un paciente se seca con secador y ha sufrido episodios infecciosos.



- Si la cura del catéter la lleva a cabo el mismo paciente (13 casos) se infecta menos (38%) que si la realiza un cuidador (18 casos y 61% de infecciones)



- El uso de mascarilla no se relaciona con el número e infecciones.
- Colocaban esparadrapo inmovilizador a 2.3 cm del orificio. 25 pacientes, de ellos 9 (36%) han sufrido infecciones; , en los 6 que no lo llevaban, 4 han presentado episodios infecciosos.



- Así mismo, la sujeción formando un bucle con el catéter a la salida del orificio era correcta en 21 pacientes, de los cuales 5 (25%) sufrieron infecciones; Los otros 10 pacientes que lo colocaban en tensión, fueron 7 (70%) los que se infectaron.
- La frecuencia media de ducha es de 3,6 veces por mano. A menor frecuencia de ducha, menor frecuencia infección. Lo mismo ocurre con la cura del catéter, a menor frecuencia de curas, menor frecuencia de infección.
- No existe relación entre el antiséptico utilizado y la infección.



- Llevaban bolsa protectora 15 pacientes, 4 (26'67%) se infectaron, de los 16 que no la llevaban se infectaron 9 (56,25%)

DISCUSIÓN

El hecho de que ningún paciente cumpla totalmente las recomendaciones realizadas durante el programa educacional, nos hace pensar que éste no está adecuadamente planteado, probablemente estandarizamos este procedimiento sin tener en cuenta que los hábitos de higiene son muy difíciles de cambiar.

Por otra parte al realizar recomendaciones sobre acciones habituales y por tanto conocidas por todos (usar esponja, aclararse, etc.) se tiende a considerarlas poco importantes, a especificar poco y a darlas por sabidas, sin realizar la siempre necesaria comprobación de sí el paciente ha entendido lo que se le ha explicado. Por último, el cansancio que frecuentemente se observa en las personas que sufren procesos crónicos hace que con el tiempo se relajen las normas.

La falta de relación clara entre el incumplimiento estricto de las normas y la aparición de infecciones, nos hace pensar que dentro de unos márgenes razonables, la forma de realizar la higiene corporal debe adaptarse a los hábitos de vida del paciente.

El hecho de que cuanto mayor es la frecuencia de la ducha y la cura del orificio, mayor es el número de infecciones puede matizarse, ya que las personas una vez infectadas tienden a extremar las medidas de afección. Por otra parte ya es bien sabido que en muchas ocasiones el aumentar la frecuencia de una cura aumenta la manipulación y no disminuye la posibilidad de infección. En este sentido también podríamos añadir que las personas curadas por un cuidador son de mayor riesgo por lo que es lógico que presente más infecciones que las que se curan por sí mismas, Como ya se ha demostrado por otros autores, la buena fijación del catéter disminuye los rozamientos, tensiones y pequeños traumatismos que favorecen la aparición de infecciones.

De lo anteriormente expuesto podemos obtener las siguientes

CONCLUSIONES

1º. - Se debe recomendar a los pacientes unas normas de higiene que dentro de unos límites razonables se adapten lo mejor posible a sus hábitos de vida, ya que el intentar cambiarlos favorece la falta de cumplimiento de ellos. En tal sentido la ducha y cura diaria no parece imprescindible.

2º. - No se debe dar por sabido ningún concepto de lo impartido en el plan educacional y se debe comprobar que el paciente ha entendido las explicaciones aunque parezcan muy sencillas.

3º- Se debe insistir en las normas de afección universalmente aceptadas. El mantener el catéter limpio, seco y convenientemente fijado será fundamental para prever la infección.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Gruart, F. Atención de Enfermería en Diálisis Peritoneal. En: Andreu, L. Force, E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del paciente renal. Ed. Masson. Barcelona, 1997.12:183-225.
- (2) Piraino, B. Exit Site Care. Peritoneal Dialysis International. 1996. 16 (supl. 1): S336-339
- (3) Caporale, N. Verocay, MC. Pérez, D. Complicaciones del orificio de salida del catéter y del túnel: En: Cruz, C. Montenegro, J. Olivares, J. Diálisis Peritoneal. Ed. Trillas. México, 1994.11:237-250.
- (4) Burkart, J.M. Significance, epidemiology, and prevention of peritoneal dialysis catheter infections. Peritoneal Dialysis International. 1996. 16 (supl. 1): S340346.
- (5) Cobanera, M.V. Celadilla, O. Picó, L. y cols. La Enfermería y la Diálisis Peritoneal. En: Cruz, C. Montenegro, J. Olivares, J. Diálisis Peritoneal. Ed. Trillas. México, 1994,6:135-182.
- (6) Prowant, B. Twardowski, Z. J. Recomendations for exit care. Peritoneal Dialysis International. 1996. 16 (supl. 3): S94-99.
- (7) Martin, J. L. Cuidados del catéter. II Seminario Español de la Sociedad Europea de Enfermería de Diálisis y Trasplante. EDTNA-ERCA. Córdoba, 1992:95-102.