

# EFFECTIVIDAD CLINICA EN EL CUIDADO DEL ORIFICIO DE SALIDA DEL CATETER PERITONEAL

ANTONIA GIL GIL

ELENA GISBERT ROSIQUE

HOSPITAL DE TORREVIEJA. ALICANTE  
VALENCIA

## Resumen

### INTRODUCCION

El cuidado del orificio de salida (OS) del catéter peritoneal cobra especial importancia debido a las implicaciones que producirá sobre el éxito y futuro de la técnica.

Existe una gran variedad de pautas a seguir en la cura del orificio del OS, no obstante, la evidencia subraya que en muchos casos las prácticas se basan en la opinión y la experiencia siendo solo en pocas ocasiones evaluadas rigurosamente

Para la elección de las pautas a seguir optamos por utilizar las recomendaciones de la evidencia científica incluyendo variables como las necesidades específicas de cada paciente y los patrones medioambientales de nuestra comunidad según las estaciones del año.

A partir de las recomendaciones reconocidas realizamos un protocolo inicial de cura de OS del catéter peritoneal que hemos ido evaluando y reajustando anualmente.

### OBJETIVO

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la validez y efectividad del protocolo establecido para los pacientes de nuestra unidad.

### METODOS

#### Procedimiento cura del OS

- Periodo de cicatrización:

Mediante técnica estéril, una vez por semana por profesionales de diálisis (limpieza de suero fisiológico, secado, aplicación de clorhexidina al 1 % y apósito).

- Periodo de maduración:

El paciente realiza la cura de su OS usando agua y jabón, secado, aplicación de clorhexidina al 1% de base acuosa y apósito.

- Tras periodo de maduración - Estadio de OS perfecto:

Una vez finalizado el tiempo de maduración (mínimo 6 meses) si el OS se clasifica como perfecto el paciente realiza cura solo con agua y jabón, secado y apósito si requiere.

#### Valoración del OS

Se realiza cada 2 meses mediante la clasificación de Twardowski. Se recogen muestras para cultivo del OS cada 6 meses de forma estandarizada. Se amplía el número de valoraciones y cultivos ante sospecha de posible infección.

Se consideraron infectados los OS catalogados como equívocos, con inflamación crónica o inflamación aguda y que además presentasen un cultivo positivo en ese momento.

#### Asignación de pacientes

Todos los pacientes portadores de catéter peritoneal.

#### Tamaño muestral

20 pacientes en el 2008, 12 pacientes en el 2009 y 17 pacientes en el 2010).

#### Tipo de diseño y seguimiento

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo y longitudinal de 2 años y 8 meses. Se utilizó la hoja de cálculo Excel 2007 para realizar la codificación y análisis de los datos. Se registraron, fecha de colocación del catéter peritoneal, fecha de retirada del catéter, número de peritonitis, número de infecciones OS, fecha del episodio y microorganismo implicado.

#### Método de evaluación

Se calculó la tasa de infecciones del OS y la tasa de peritonitis por paciente y año para cada uno de los años de estudio (2008-2009-2010). Se evaluaron los resultados de forma global

comprendiendo todo el periodo. Los resultados se compararon con los índices de normalidad marcados por la SEN en el año 2007. (*Menos de 1 episodio cada 24 paciente-meses en el caso de la peritonitis y entre 0.05 y 1.02 episodios/paciente-año en caso de infección del OS.*)

Se desglosó el total de infecciones en base al periodo estacional y se calculó el porcentaje. Asimismo, se diferenció entre aquellas infecciones provocadas por gram+ y de aquellas producidas por gram-.

## RESULTADOS

En el 2008 la tasa de infecciones era de 1.36 episodios/paciente –año, en el 2009 era de 0.68 y en el 2010 la tasa era de 0.38. Se observa un claro descenso del número de infecciones de OS a lo largo del tiempo.

Durante el 2008 y 2009 se dieron un total de 8 episodios infecciosos de los cuales 4 ocurrieron justo después de suspender el uso de la clorhexidina al 1% y usar solamente agua y jabón. Se decide entonces curar el O.S siempre con agua y jabón seguido de un secado minucioso y aplicación del antiséptico.

Se observa que el mayor índice de infección se encuentra en el periodo estival (46,15%).

Las infecciones por microorganismos gram- abarcaban un 61,54% y las infecciones por gram+ el 38.46%.

La tasa de peritonitis por año de estudio fue menor a 0.5 episodios/paciente-año. En ningún caso estos episodios estuvieron asociados a infecciones del OS.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos nos revelan que el protocolo de cura de orificio de salida, que actualmente seguimos en nuestra unidad, es válido y adecuado para nuestros pacientes.

Se muestra una mayor incidencia de infecciones en el periodo estival.

La clorhexidina al 1% abarca la cobertura de las bacterias gram+, bacterias gram-, esporas, virus y hongos pero se comprueba su mayor efectividad con los gram+.

## DISCUSION

La literatura indica que el uso de antibióticos de forma rutinaria podría fomentar aún más la disminución de nuestra tasa de infecciones (0,38), no obstante la falta de estudios sobre las resistencias alcanzadas en la aplicación sistemática de un antibiótico nos ha dirigido a considerar su uso tan solo cuando exista infección o un riesgo real de padecerla.

