

Cuidados de enfermería ante complicaciones infecciosas: infección del orificio de salida del catéter peritoneal

María Dolores Martínez Prieto | Sergio Bea Granell |
Patricia Tomás Simó | Luisa Seco Lozano

INTRODUCCIÓN

La infección del orificio de salida y/o túnel subcutáneo es una de las principales complicaciones de la diálisis peritoneal (DP) y un factor de riesgo importante para la retirada del catéter y la aparición de peritonitis. Se estima que el 20% de todos los casos de peritonitis están precedidos por una infección del orificio de salida.

La infección del orificio de salida se define por la presencia de exudado/drenaje purulento con o sin eritema en la piel adyacente. La infección del túnel subcutáneo se define con la presencia de inflamación o evidencia ecográfica de colección a lo largo del túnel.

La falta de vigilancia y adherencia en el cuidado del orificio de salida, la inmovilización deficiente del catéter, junto con las lesiones traumáticas repetidas con sangrado se han asociado significativamente con un mayor riesgo de infección de orificio de salida.

» OBJETIVOS

- » Implantar medidas de prevención de la infección previas a la inserción del catéter, en el postoperatorio inmediato y en cada visita programada.
- » Detectar precozmente los signos de infección del orificio de salida y/o túnel subcutáneo con la estandarización de escalas de valoración.
- » Prevenir las complicaciones asociadas: peritonitis y retiradas de catéter de DP.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

- » Conocer las características para la creación y mantenimiento del acceso peritoneal en adultos.
- » Manejar la clasificación de Twardosky del orificio de salida del catéter de DP.

» Diseñar protocolos de cuidados del orificio de salida basados en las guías que describan el uso de antisépticos y antibióticos tópicos que se van a utilizar en la unidad.

» PERSONAL IMPLICADO

- » Enfermera/o y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

» MATERIAL NECESARIO

- » Hisopo para la toma de muestra de exudado.
- » Guantes estériles.
- » Gasas.
- » Paño estéril.
- » Mascarilla.
- » Esparadrapo.
- » Suero salino al 0,9% o hipertónico.
- » Soluciones antisépticas.
- » Antibióticos tópicos.
- » Lupa con luz.
- » Cámara fotográfica digital.
- » Tabla visual de Twardosky.



Esta obra está bajo una licencia internacional
Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Cierre puertas y ventanas.
2. Preserve la intimidad del paciente.
3. Coloque al paciente en decúbito supino.
4. Ponga mascarilla a todas las personas presentes en la habitación.
5. Lávese las manos y colóquese guantes estériles.
6. Retire el apósito observando su fijación (no utilizar nunca tijeras).
7. Observe el orificio de salida con lupa y luz, esto incluye:
 - Observar si hay material drenado en el apósito retirado.
 - Movilizar suavemente el catéter descartando drenaje por el orificio o dolor.
 - Palpación del trayecto del manguito externo en dirección al orificio para verificar si hay drenaje, dolor o tumefacción, observar estado de la piel circundante (limpieza, restos de detritus como pegamentos sin retirar, abrasiones o eritemas) y la palpación del túnel subcutáneo.
 - Si existe dolor a la palpación o movilización sin otros signos de infección se recomienda el uso del ecógrafo para valorar infección de túnel subcutáneo.
 - Se recomienda el registro fotográfico para valorar la evolución del orificio de salida.
8. Sólo se tomará muestra para cultivo si existe exudado o signos evidentes de infección como enrojecimiento o dolor. La colonización de un orificio sano con microorganismos no indica infección.
9. La presencia de tejido de granulación encima del orificio de salida sin otros signos de infección no requiere tratamiento antibiótico.
10. El orificio traumático se debe tratar con ciclos cortos de antibioterapia local o sistémica y adecuada inmovilización.
11. Tras la recogida de la muestra, deseche los guantes y lávese de nuevo las manos.
12. Limpie el orificio de salida y el seno de restos con gasas estériles y suero fisiológico o hipertónico.
13. Seque minuciosamente el orificio de salida con gasas estériles (la humedad favorece el crecimiento bacteriano).
14. Aplique el antibiótico tópico que precise e instruya al paciente en la frecuencia de las curas.
15. Coloque gasa doblada y otra encima para evitar zona de decúbito.
16. Realizar una fijación lateral o caudal de unos 2 cm de distancia del orificio de salida con esparadrapo.
17. Evalúe la adherencia del paciente a las indicaciones de autocuidado del catéter y cura del orificio de salida según el protocolo de la unidad.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- ▶ Tratar precozmente las infecciones del orificio de salida invirtiendo en prevención en las áreas de:
 - Higiene de lavado de manos: educar en la secuencia correcta; lavado de manos con agua y jabón, secado minucioso y posterior aplicación de solución hidroalcohólica.
 - Entorno para el intercambio seguro: impedir contacto físico con mascotas, ventanas cerradas y uso de mascarillas de todas las personas implicadas.
 - Entrenar y re-entrenar periódicamente al paciente en la detección precoz de los signos clásicos de infección: enrojecimiento, dolor, tumefacción y exudado/drenaje como signos de alarma que comunicar al equipo de DP de forma urgente.
- ▶ La determinación de portadores nasales de *estafilococos aureus* previo a la inserción del catéter y el tratamiento diario de mupirocina en el orificio de salida se han considerado buenas estrategias para minimizar las infecciones del orificio de salida.
- ▶ La vigilancia y cura regular del orificio de salida se recomienda que sea diaria siempre que sea posible.

► OBSERVACIONES/PRECAUCIONES

- El mal control de la glucemia en pacientes diabéticos se ha asociado a mayor riesgo de infección, así como la desnutrición y la obesidad.
- El ambiente con polución y la presencia de mascotas durante los intercambios también se ha asociado a un aumento del riesgo de infección.

- La retirada del catéter es más probable cuando la infección del orificio de salida ocurre simultáneamente a una peritonitis o esta aparece tras infecciones de orificio previas. También cuando esta infección de orificio es refractaria tras 3 semanas de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Bieber S, Mehrotra R. Peritoneal Dialysis Access Associated Infections. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2019; 26(1):23-9.
- Crabtree JH, Shrestha BM, Chow KM, Figueiredo AE, Povlsen JV, Wilkie M, et al. Creating and Maintaining Optimal Peritoneal Dialysis Access in the Adult Patient: 2019 Update. *Perit Dial Int.* 2019;39(5):414-36.
- Ding XR, Huang HE, Liao YM, Zhu JR, Tang W, Fang XW, et al. Daily self-care practices influence exit-site condition in patients having peritoneal dialysis: A multicenter cross-sectional survey. *J Adv Nurs.* 2021; 77(5):2293-306.
- Li PK-T, Chow KM, Cho Y, et al. ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Peritoneal Dialysis International.* 2022;42(2):110-53.
- Lin J, Ye H, Li J, et al. Prevalence and risk factors of exit-site infection in incident peritoneal dialysis patients. *Peritoneal Dialysis International.* 2020;40(2):164-70.
- Fernández-Pérez M, Suárez-Álvarez A, Menéndez-Servide F, Blanco-Sierra J, Pasarón-Alonso M, Núñez-Moral M. Análisis del uso de mupirocina en la cura del orificio sano en diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol.* 2022;25(4):337-42.
- Nochaiwong S, Ruengorn C, Noppakun K, Panyathong S, Dandecha P, Sood MM, et al. Comparative Effectiveness of Local Application of Chlorhexidine Gluconate, Mupirocin Ointment, and Normal Saline for the Prevention of Peritoneal Dialysis-related Infections (COSMO-PD Trial): a multicenter randomized, double-blind, controlled protocol. *Trials.* 2019;20(1):754.
- Núñez-Moral M. Incertidumbre durante la atención enfermera en el cuidado del orificio de salida sano del catéter peritoneal. *Enferm Nefrol.* 2021;24(2):195-7.
- Perl J, Fuller DS, Bieber BA, Boudville N, Kanjanabuch T, Ito Y, et al. Peritoneal Dialysis-Related Infection Rates and Outcomes: Results From the Peritoneal Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (PDOPPS). *Am J Kidney Dis.* 2020;76(1):42-53.
- Pérez-Fontán M, Moreiras-Plaza M, Prieto-Velasco M, Querada-Rodríguez-Navarro C, Bajo-Rubio MA, Borrás-Sans M et al. Guía clínica de la Sociedad Española de Nefrología para la prevención y tratamiento de la infección peritoneal en diálisis peritoneal. *Nefrología.* 2022;42(S1):1-58.
- Peso-Gilsanz del G, Rodríguez-Carmona A, Ossorio-González M, Selgas-Gutiérrez R. Complicaciones del acceso y la pared abdominal, funcionales, y estructurales de la membrana, peritonitis, riesgo cardiovascular y metabólico. En Arias M, Martín-Malo A, Ortiz-Ardan A, Praga-Torrente M, Rodrigo-Calabria E, Serón-Micas D (Eds). *Nefrología Clínica.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2022. p. 1147-56.
- Sachar M, Shah A. Epidemiology, management, and prevention of exit site infections in peritoneal dialysis patients. *Ther Apher Dial.* 2022;26(2):275-87.
- Szeto CC, Li PK, Johnson DW, Bernardini J, Dong J, Figueiredo AE, et al. ISPD Catheter-Related Infection Recommendations: 2017 Update. *Perit Dial Int.* 2017;37(2):141-54.