



1. Definición

Conjunto de cuidados de enfermería protocolizados y de calidad encaminados a promover y conservar la permeabilidad y el correcto funcionamiento del catéter peritoneal garantizando la máxima seguridad para el paciente.

2. Objetivos

- Realizar el lavado del peritoneo de forma aséptica y eficaz para comprobar el correcto funcionamiento del catéter y evitar obstrucciones.
- Mantener la permeabilidad del catéter durante periodos prolongados en desuso.
- Evitar complicaciones del catéter o del peritoneo durante los periodos prolongados en desuso

3. Información al paciente/familia/acompañante

- El día siguiente de la implantación del catéter peritoneal, se realizará el primer lavado peritoneal y la enfermera explicará al paciente y su familia la técnica, así como los cuidados que debe tener en el domicilio al alta.
- La enfermera informará y citará al paciente semanalmente para realizar el lavado peritoneal y asegurar la permeabilidad del catéter.
- La enfermera instruirá al paciente sobre los cuidados del catéter y sobre las complicaciones que pueden aparecer.
- A partir de las 4 primeras semanas tras la implantación del catéter la enfermera explicará al paciente la posibilidad de espaciar en 10 días los lavados y comenzara a enseñarle la técnica para ir preparando el entrenamiento definitivo del paciente para realizar la Dialisis en su domicilio.

4. Personas Necesarias

- Enfermera
- TCAE

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/02/2014

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/02/2014

Fecha de próxima revisión: 2018



5. Material Necesario

- Sistema de doble bolsa de 1,36%-1,5% de glucosa.
- Dos pinzas de clamp.
- Jabón específico.
- Antiséptico específico.
- Tapones estéril específico.
- Mascarilla.
- Heparina de Bajo peso molecular de 20mg .
- Mesa y Palo de gotero
- Organizador (Solo para sistema Fresenius*)
- Peso (báscula y/o romana)
- Impresos: Observaciones de enfermería

6. Descripción del Procedimiento

Antes del inicio

- La enfermera explicará al paciente la técnica a realizar y le instruirá para la realización del lavado peritoneal en su domicilio.
- La enfermera limpiará la mesa y pie de gotero con el antiséptico específico.
- La enfermera preparará el material en la mesa:
 1. Mascarillas
 2. Bolsa de líquido peritoneal de 1,36%-1,5% de glucosa.
 3. Dos pinzas de clamp.
 4. Dos tapones MINICAP.
 5. Antiséptico específico.
 - 6.
- La enfermera o el paciente descubrirán el catéter peritoneal.

Realización de la técnica: dependerá del sistema que porte cada paciente : Baxter * o Fresenius:

Versión 0.3
Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/02/2014
Fecha de Implantación (v.0.1): 25/02/2014
Fecha de próxima revisión: 2018



Sistema Baxter

1. La enfermera se pondrá la mascarilla e indicará al paciente y a toda persona que se encuentre en la sala que actúe de igual manera.
2. La enfermera abrirá la bolsa de líquido peritoneal de 1,36%-1,5% de glucosa, el envase de la HBPM, sacará el prolongador del catéter y lo dejará accesible para facilitar la conexión.
3. La enfermera comprobará la fecha de caducidad, que la bolsa está cerrada y que no tiene fugas de líquido.
4. La enfermera realizará un lavado intensivo de manos sin anillos, reloj o pulseras, con agua y jabón durante 2 minutos.
5. La enfermera se desinfectará las manos usando el antiséptico específico que le hayan indicado, hasta que estén secas.
6. La enfermera extraerá el sistema de doble bolsa y lo colgará en el pie de gotero **sin rozar ninguna superficie.**
7. La enfermera realizará la conexión de la bolsa y el prolongador según el sistema específico.
8. La enfermera abrirá el prolongador (con rosca) y dejará que salga el posible efluente peritoneal de anteriores lavados / intercambios. Valorará el aspecto de líquido drenado.
 1. Mientras está drenando, la enfermera aplicará el desinfectante específico de spray en el toma muestras de la bolsa de infusión del sistema de diálisis peritoneal y pinchará la heparina de BPM en el centro (ver procedimiento de medicación intraperitoneal).
12. La enfermera aplicará de nuevo desinfectante en el punto de inyección del toma muestras y agitará el líquido de la bolsa de infusión para que se reparta de forma uniforme.
13. La enfermera cerrará el prolongador del catéter (rosca) cuando haya dejado de drenar.
14. La enfermera romperá la válvula verde y procederá al purgado de línea durante 6 segundos.
15. La enfermera colocará la pinza en la línea de drenaje.
16. La enfermera abrirá el prolongador (rosca) e introduzca el líquido de infusión. La cantidad de líquido a infundir dependerá del momento clínico del paciente.
17. La enfermera reservará en la bolsa de infusión 100ml. aproximadamente de líquido colocando una pinza en la línea de infusión.
18. La enfermera retirará la pinza de la línea de drenaje y vaciar el líquido

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/02/2014

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/02/2014

Fecha de próxima revisión: 2018



- infundido.
19. Cuando haya acabado de drenar, la enfermera volverá a colocar la pinza en la línea de drenaje y dependiendo del líquido infundido repetirá el proceso varias veces hasta quedar los últimos 100ml en la bolsa de infusión.
 20. La enfermera Infundirá los 100ml restantes de la bolsa de infusión.
 21. La enfermera procederá a cerrar el prolongador (rosca).
 22. La enfermera colocará una pinza en la línea de infusión y otra en la de drenaje
 23. La enfermera abrirá el sobre del tapón estéril específico.
 24. La enfermera se administrará desinfectante en las manos y frotará hasta que estén secas.
 25. La enfermera desconectará el sistema del prolongador y sin soltar, enroscará el tapón dando por terminado el lavado.
 26. La enfermera indicará al paciente que recoja el prolongador.
 27. La enfermera pesará el líquido drenado.
 28. La enfermera registrará las incidencias en la aplicación informática.
 29. La TCAE y la enfermera recogerán el material utilizado

Sistema Fresenius

1. La enfermera se pondrá la mascarilla e indicará al paciente y a toda persona que se encuentre en la sala que actúe de igual manera.
2. La enfermera abrirá la bolsa de líquido peritoneal de 1,36%-1,5% de glucosa, el envase de la HBPM, sacará el prolongador del catéter y lo dejará accesible para facilitar la conexión.
3. La enfermera comprobará la fecha de caducidad, que la bolsa está cerrada y que no tiene fugas de líquido.
4. La enfermera realizará un lavado intensivo de manos sin anillos, reloj o pulseras, con agua y jabón durante 2 minutos.
5. La enfermera se desinfectará las manos usando el antiséptico específico que le hayan indicado, hasta que estén secas.
6. Si utiliza líquido Balace/ Bica vera, la enfermera romper el precinto presionando ambas partes de la bolsa y mezclará la solución
7. La enfermera extraerá el sistema de doble bolsa y lo colgará en el pie de gotero **sin rozar ninguna superficie** e insertará la ruleta en el organizador .
8. La enfermera aplicará el desinfectante específico en el punto de inyección de la bolsa de infusión y pinchará en el centro del punto de inyección la heparina de BPM (ver procedimiento de medicación

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/02/2014

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/02/2014

Fecha de próxima revisión: 2018



- intraperitoneal)
9. La enfermera aplicará de nuevo desinfectante en el punto de inyección del toma muestras y agitará el líquido de la bolsa de infusión para que se reparta de forma uniforme.
 10. La enfermera insertará el prolongador en el organizador y aplicará desinfectante en las manos, esperando a que se seque.
 11. La enfermera realizará la conexión del prolongador a la bolsa según el sistema Fesenius.
 12. La enfermera abrirá la pinza del prolongador y dejará que salga el posible efluente peritoneal de anteriores lavados / intercambios sin mover la ruleta de posición. Valorará el aspecto de líquido drenado.
 13. La enfermera girará la ruleta del sistema stay-safe en el sentido de las agujas del reloj hasta la siguiente posición y contará hasta 6 para dejar que se ceben las líneas.
 14. La enfermera continuará girando la ruleta en el mismo sentido hasta la posición siguiente dejando el indicador en el punto blanco, en espera de iniciar la infusión del líquido.
 15. La enfermera Comenzar la infusión girando la ruleta una posición más (punto intermedio) y tras comprobar que no hay incidencias cambiar el indicador a la siguiente posición (punto negro) y continuar con la infusión. La cantidad de líquido a infundir dependerá del momento clínico del paciente.
 16. La enfermera retrocederá en sentido contrario a las agujas del reloj la ruleta al punto blanco y después al punto de drenaje para vaciar el líquido infundido
 17. La enfermera repetirá esta operación las veces necesaria.
 18. La enfermera siempre finalizará con la infusión de unos 100ml.
 19. Finalizado el lavado, la enfermera girará la ruleta, en el sentido de las agujas del reloj, hasta el final dejando que salga el Pink interno.
 20. La enfermera cerrará la pinza del prolongador del catéter.
 21. La enfermera abrirá el tapón estéril específico y lo colocará en el organizador sin tocar el interior, utilizando el envase del tapón.
 22. La enfermera se aplicará desinfectante en las manos y se frotará hasta que estén secas.
 23. La enfermera desconectará el sistema del prolongador y sin soltar, enroscará el tapón dando por terminado el lavado.
 24. La enfermera indicará al paciente que recoja el prolongador.
 25. La enfermera pesará el líquido drenado.
 26. La enfermera registrará las incidencias en la aplicación informática.
 27. La TCAE y la enfermera recogerán el material utilizado.

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/02/2014

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/02/2014

Fecha de próxima revisión: 2018



PERIODICIDAD DE LOS LAVADOS:

Se realizará semanalmente, excepto en pacientes con hemo-peritoneo intenso u otra valoración clínica en los que se aumentará la frecuencia, pudiendo llegar a ser diarios.

7. Complicaciones

Exceso de presión intraperitoneal:

- ✓ Si el catéter es de reciente implantación, inicie el lavado con 250ml aproximadamente por infusión y observe tolerancia.
- ✓ Valore la velocidad de infusión y drenaje del líquido de diálisis.
- ✓ Ante la disminución de velocidad de infusión y / o drenaje, avise al nefrólogo.

Sangre en el efluente de diálisis.

- ✓ Avise al nefrólogo.

Líquido turbio.

- ✓ Avise al nefrólogo para iniciar profilaxis antibiótica según protocolo.

Dolor.

- ✓ Informe previa realización de la técnica que puede ser molesta pero no necesariamente dolorosa.
- ✓ Comuníquese al paciente que ante la aparición de dolor, avise de inmediato.
- ✓ Valore la intensidad y características de dolor.
- ✓ Ante la aparición de dolor, avise al Nefrólogo y siga sus instrucciones

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/02/2014

Fecha de Implantación (v.0.1): 25/02/2014

Fecha de próxima revisión: 2018



8. Precauciones

- ✓ Verifique la identidad del paciente y ordenes médicas.
- ✓ Compruebe fecha de caducidad del material y deseche cualquier material cuyo envoltorio este deteriorado.
- ✓ Calentar el líquido peritoneal entre 36-37°.
- ✓ Recuerde que es muy importante tomar las medidas asépticas aconsejadas ante cualquier manipulación de los equipos y sistemas de D.P.
- ✓ Deseche todo el equipo en caso de perforación debida a punción fortuita.
- ✓ Si el catéter es de reciente implantación el lavado se realizará mediante pequeñas infusiones (250cc aprox.) con sus consiguientes drenajes, y en posición de cubito supino, para evitar un exceso de presión intraperitoneal.
- ✓ Es importante medir el tiempo de infusión y drenaje, la presencia de sangre, fibrina o cualquier cambio en el efluente de diálisis. También se observará si el paciente siente molestias o dolor en alguna de las fases del proceso.

9. Criterios Normativos

- La enfermera ha informado al paciente y su familia sobre la técnica a realizar.
- La enfermera ha realizado la técnica con las adecuadas medidas de asepsia.
- La enfermera ha comprobado el correcto funcionamiento del catéter, tiempo de infusión y drenaje y las características del líquido drenado.
- La enfermera ha anotado en los registros de enfermería las incidencias del lavado.



10. Criterios Explícitos

Criterios de Evaluación	SI	NO	NO APLICABLE
¿La enfermera ha informado al paciente y su familia de la técnica del lavado?			
¿La enfermera ha realizado el lavado con técnica aséptica?			
¿La enfermera ha registrado la permeabilidad del catéter y las características del líquido peritoneal?			

11. Bibliografía

- Fecha de elaboración del protocolo: Septiembre de 2004.
- Fecha de implantación: Tras su validación por la comisión correspondiente.
- Vigencia: 2 años.
- Revisión: 2 años. Última revisión junio 2015

12. Bibliografía Revisión v. 0.1

- Grupo E. ENTHEOS S.L. Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. S.E.D.E.N. 2001
- Valderrabano F. Tratado de hemodiálisis. Editorial médica JIMS, S.L., 1999
- 500 cuestiones que plantea el enfermo renal. Lola Andreu y Enriqueta Force. Editorial MASSON, S.A. 2001.
- Montenegro J. Olivares J. La diálisis peritoneal. DIBE S.L.
- Martín Espejo J.L, Gómez Castilla A.C. Enseñanza de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA). En: Coronel F, Montenegro J. Selgas R. Celadilla O. Bejuca M. editores. Manual práctico de Diálisis peritoneal. 2005.

13. Autores

14. Autores Revisión v0.1

Versión 0.3
Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 25/02/2014
Fecha de Implantación (v.0.1): 25/02/2014
Fecha de próxima revisión: 2018