

## INFECCIÓN URINARIA EN PACIENTE SONDADO

### INTRODUCCIÓN

La mejor manera de disminuir la Bacteriuria Asintomática (BA) y la Infección Urinaria (IU) asociada a sondaje vesical es reducir el uso de esta práctica en pacientes con clara indicación para ello y retirar el catéter tan pronto como sea posible. Valorar todas las alternativas posibles antes de optar por un sondaje permanente.

Sólo se deben recoger muestras para cultivo cuando el paciente **presente síntomas de IU**. Las bacteriurias son habituales en el paciente sondado. Tras 2 semanas de la colocación de la sonda, el 50% de los pacientes presentarán bacteriurias debido a la propia colonización del catéter. A los 30 días el 100%. Ello no justifica que se administren tratamientos antimicrobianos si el paciente está asintomático.

### CUÁNDO SÍ RECOGER MUESTRAS DE ORINA EN PACIENTE SONDADO

1. Cuando existan síntomas clínicos compatibles con IU:
  - a) Comienzo/empeoramiento de proceso febril sin localización focal, rigidez, estado mental alterado, malestar general o letargo sin otra causa justificable, dolor en flanco, dolor/sensibilidad en ángulo costovertebral, hematuria aguda, malestar pélvico.
  - b) En aquellos a los que se le ha **retirado** la sonda: disuria, frecuencia miccional, dolor suprapúbico.
  - c) En pacientes con **daño espinal**: incremento de la espasticidad, disreflexia autónoma o sensación de malestar.
2. Cuando el paciente está asintomático, en los siguientes casos:
  - a) Gestantes
  - b) Cuando vaya a realizarse cirugía del aparato urinario
  - c) Ante obstrucción significativa del aparato urinario alto, reflujo vesicoureteral o presencia de un catéter ureteral.

### CUÁNDO NO RECOGER MUESTRAS DE ORINA EN PACIENTE SONDADO

1. En paciente asintomático.
2. En recambios de sonda sin sintomatología asociada. **Excepción**: sonda obstruida por incrustaciones, o si tras el recambio se hubiese producido un traumatismo con hematuria macroscópica.
3. Por presencia de piuria, cambios de olor o de turbidez. La piuria no es diagnóstica de Infección del Tracto Urinario (ITU) en el paciente sondado. No utilizar para diferenciar BA de ITU. La presencia de bacteriuria y piuria carecen de valor predictivo de infección clínica en el paciente sondado.

## CÓMO RECOGER

- Recoger la orina **siempre antes de iniciar tratamiento antimicrobiano**.
- Si el catéter lleva puesto **más de 2 semanas** y puede dejar de ser usado, **retirar** y recoger orina por micción normal; en caso de tener que seguir usándose, **cambiar** y recoger orina a través del nuevo.
- La manera apropiada de recoger orina es pinchando el catéter con aguja y jeringa estéril. Para ello, desinfectar el cono de la sonda con etanol al 70%. Recoger unos 10 mL. Precaución para no pinchar en el cono del globo. Si la sonda tiene puerto de salida de líquidos, se debe utilizar. Despreciar primeros mililitros, y recoger en bote recipiente adecuado.
- Nunca recoger de bolsa colectora.
- Guardar en nevera hasta ser enviada a Microbiología.

## MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Revisar la pertinencia del sondaje y valorar la posibilidad de soluciones alternativas (sondaje intermitente, colectores, absorbentes). Retirar tan pronto como sea posible.
- Utilizar sondas de silicona cuando se prevé un sondaje prolongado reduce el riesgo de producir estenosis o irritaciones uretrales que favorecen las ITU. No se recomienda el cambio de sonda a intervalos fijos de forma sistemática.
- Extremar las condiciones de asepsia en el momento del sondaje, fijar la sonda después de su inserción para evitar el movimiento y la tracción uretral. Evitar el flujo de orina desde la bolsa a la vejiga; para ello la bolsa colectora debe estar siempre más baja que la vejiga. Utilizar sistemas de drenaje cerrado, evitando la desconexión entre sonda, tubo y bolsa. Mantener las medidas estériles cuando se realiza el cambio de la bolsa colectora (antes de desconectar, pinzar la sonda y cubrir con gasa impregnada en agua estéril).
- Limpiar la zona con agua jabonosa en vez de con antisépticos.
- Lavarse las manos antes y después de vaciar la bolsa colectora.
- Ingesta abundante de líquidos para prevenir la obstrucción de la sonda.
- Enseñar al paciente o a la familia la correcta utilización de las sondas y bolsas recolectoras de orina.

## CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

- No administrar antibióticos de manera profiláctica. Tampoco en el recambio de sonda. **Excepción:** Historial de ITU en recambio de catéter o traumatismo.
- No tratar las bacteriurias asintomáticas.
- Tratamiento empírico con **Amoxicilina/ác.clavulánico** oral, 500 mg/125 mg cada 8 horas.
- Dada la frecuencia de microorganismos multirresistentes que se da en paciente sondado permanente se aconseja adecuar el tratamiento antimicrobiano una vez recibido el antibiograma.
- Los tratamientos antimicrobianos **se pautarán 7 días**. Si no ha habido respuesta clínica prolongar hasta 10-14 días.

- Para las mujeres menores de 65 años que desarrollan una infección asociada al catéter sin síntomas de IU alta tras la retirada de un catéter permanente, una pauta de tres días de antibióticos puede ser suficiente.
- En pacientes con vejiga neurógena secundaria a lesión medular no sometidos a cateterización permanente y con síntomas exclusivos de IU baja, se recomienda la administración de ciprofloxacino durante 14 días.

## SEGUIMIENTO

Los cultivos de orina posteriores al tratamiento no están recomendados y no deben recogerse salvo persistencia o reaparición de síntomas.

## DERIVACIÓN

Son criterios de derivación al Servicio de Urgencias Hospitalario: mal estado general, imposibilidad de hidratación y medicación oral, retención urinaria y ante signos de sepsis de posible origen urinario.

## AUTORES

Álvarez Torices JC<sup>a</sup>, Fernández Natal MI<sup>b</sup>, Fernández Vázquez M<sup>b</sup>, Guerra Laso JM<sup>c</sup>, Alberte Perez C<sup>d</sup>, Martín Fernández N<sup>d</sup>, Sáez Villafañe M<sup>e</sup>.

Médico de Atención Primaria del Área de Salud de León<sup>a</sup>. LE del Servicio de Microbiología Clínica del CAULE<sup>b</sup>. LE en Medicina Interna del CAULE<sup>c</sup>. Farmacéutica de Atención Primaria del Área de Salud de León<sup>d</sup>. LE en Farmacia Hospitalaria del CAULE<sup>e</sup>.

Fecha elaboración: Noviembre 2014-Febrero 2015.

## BIBLIOGRAFÍA

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. Edinburgh: SIGN; 2012. Disponible en <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign88.pdf>
- Cistitis complicada en el paciente sondado. Guía terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en medicina familiar. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Fecha de actualización: Marzo de 2013.
- Resistencia antibiótica. Datos de los urocultivos procesados en el Servicio de Microbiología del Complejo Asistencial Universitario de León. Informe 2013.
- Infección urinaria con sonda vesical. Guía de Práctica Clínica Fisterra [acceso 20 de febrero de 2015]. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/infeccion-urinaria-con-sonda-vesical/>
- Guía de terapéutica Antimicrobiana del área de Aljarafe. 2º edición, 2012. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_479\\_Antimicrobianos\\_Area-Aljarafe\\_2ed\\_2012.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_479_Antimicrobianos_Area-Aljarafe_2ed_2012.pdf)
- Fekete T. Catheter-associated urinary tract infection in adults. Waltham (MA): UpToDate; 2014 [acceso el 20 de febrero de 2015]. Disponible en:



<http://www.uptodate.com/contents/catheter-associated-urinary-tract-infection-in-adults#references>

- Martínez JA, Cobos-Trigueros N, Mensa J. Infección urinaria asociada a catéteres urinarios. En: Carlos Pigrau. Infección del tracto urinario. Barcelona: Salvat; 2013. p.121-36.
- Urinary tract infection: diagnosis guide for primary care. Public Health England [acceso 20 de febrero de 2015]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/urinary-tract-infection-diagnosis#history>