

^b Laboratorio de Parasitología, Centro de Investigaciones Agrarias de Mabegondo, Instituto Galego de Calidade Alimentaria, Xunta de Galicia, Abegondo, A Coruña, España

^c Departamento de Parasitología, Facultad de Farmacia, Universidad de Valencia, Valencia, España

^d Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vitoria_isi@gva.es (I. Vitoria-Miñana).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.09.022>

Prevalencia e inadecuación del sondaje urinario en un Servicio de Medicina Interna



Prevalence and inappropriateness of urinary catheters in Internal Medicine

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el trabajo *Inappropriate use of urinary catheters in patients admitted to medical wards in a university hospital* de Fernández-Ruiz et al.¹ y quisiéramos comunicar nuestra experiencia.

Hemos recogido de forma prospectiva mediante 4 determinaciones transversales, quincenalmente durante 2 meses, el número de pacientes portadores de sonda urinaria del total de pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna de 54 camas de nuestro centro de 520 camas.

La adecuación de la indicación se estableció utilizando los criterios de Nickel et al.²: pacientes sometidos a cirugía, retención de orina, incontinencia en paciente de riesgo, obstrucción de orina, paciente hemodinámicamente inestable que requiere un control preciso de la diuresis, pacientes no cooperadores que precisan control de la diuresis, si es necesario realizar irrigación por hemorragia de origen vesical, pacientes terminales como cuidado paliativo y medidas sépticas al introducir y retirar el sondaje. Además se ha determinado si existía infección de orina mediante la realización de urocultivos, realizándose determinaciones a todos aquellos con clínica sugestiva de infección de orina como fiebre, piuria o disuria y considerándose positivos aquellos con más de 10⁵ UFC. Se han realizado comparación de medias para las variables continuas y el test de χ^2 para las discontinuas.

Del total de la muestra recogida de 178 pacientes, 106 (59,6%) eran varones, con una edad media de 69,11 años (DE 18,15). Treinta y cuatro (19,9%) pacientes estaban sondados, su edad media era de 82,29 (DE 8,32) y 22 de ellos (64,7%) eran mujeres. En cuanto a la duración del sondaje, 5 eran portadores de sondaje vesical permanente y, del resto, los días de sondaje oscilaban entre 1 y 48 (media 10,24 [DE 13,02]). En 10 (29,4%) el sondaje vesical, según los criterios aplicados, no estaba indicado. Quince pacientes (44,11%) presentaron clínica compatible con infección de orina, por lo que se realizaron urocultivos, que en 9 fueron positivos (60%), es decir, el 26% tenían infección urinaria comprobada bacteriológicamente. En 7 de los 9 cultivos el microorganismo aislado fue *Escherichia coli*. La edad media de los no sondados era de 66 años, frente a 82,29 de los sondados ($p < 0,0001$). Si bien en la muestra analizada predominaban los varones, entre los pacientes sondados (34) el predominio era femenino (22) (χ^2 10,26; $p < 0,001$). La adecuación de la indicación no estaba influida por el sexo (χ^2 0,13; $p = 0,5$) ni por la edad, aunque sí había tendencia a una mayor inadecuación entre los de más edad (86 en los inadecuados frente a 80 en los adecuados) ($p = 0,08$). Tampoco se observó relación entre la adecuación y la duración del sondaje ($p = 0,5$).

En nuestro Servicio de Medicina Interna el 62,7% de los ingresados son mayores de 70 años, y casi el 20% están sondados durante

una parte o todo el ingreso. Es esperable que los pacientes de más edad sean los sondados con más frecuencia³, como así se observa, pero también que predominen las mujeres, hecho ya descrito en la literatura⁴. Es destacable que casi la tercera parte de los sondados lo estén sin una indicación correcta, cifra similar a la de Fernández-Ruiz et al.¹, aunque hay algunos estudios que demuestran que en ancianos algo más del 50% pueden llegar a estar sondados sin una indicación correcta durante las primeras 24 h del ingreso³.

Creemos, pues, necesario ajustar correctamente las indicaciones del sondaje vesical. Es una práctica que se asocia a prolongación de estancias y no está exenta de complicaciones, siendo la más frecuente la infección urinaria⁵, pero también existen otras tanto o más graves que esta (falsa vía o fistula por traumatismo, retención urinaria por obstrucción de la sonda o hematuria *ex vacuo*). Se estima que de los pacientes portadores de un catéter urinario entre 2 y 10 días, el 26% presentarán bacteriuria, y de estos el 24% presentarán síntomas de infección del tracto urinario y el 3,6% bacteriemia, complicaciones que suponen un coste sanitario no desdeñable⁵.

Trabajos como el de Fernández-Ruiz et al.¹ deberían ayudarnos a todo el personal sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares) a tomar conciencia de este problema y a instaurar las medidas necesarias para intentar paliarlo. Por obvio que parezca, los catéteres urinarios deberían introducirse solo cuando sea necesario y durante el menor tiempo posible.

Bibliografía

1. Fernández-Ruiz M, Vara R, Villar RN, Aguada JM. Inappropriate use of urinary catheters in patients admitted to medical wards in a university hospital. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;31:523–5.
2. Nickel JC, Feero P, Costerton W, Wilson E. Incidence and importance of bacteriuria in postoperative, short-term urinary catheterization. *Can J Surg.* 1989;32:131–2.
3. Gokula RR, Hickner JA, Smith MA. Inappropriate use of urinary catheters in elderly patients at a Midwestern community teaching hospital. *Am J Infect Control.* 2004;32:196–9.
4. Apisarnthanarak A, Rutjanawech S, Wichansawakun S, Ratanabunjerdkul H, Patthranitima P, Thongphubeth K, et al. Initial inappropriate urinary catheters use in a tertiary-care center: Incidence, risk factors, and outcomes. *Am J Infect Control.* 2007;35:594–9.
5. Saint S. Clinical and economic consequences of nosocomial catheter-related bacteriuria. *Am J Infect Control.* 2000;28:68–75.

Agustín Urrutia*, Javier Santesmas, Raquel Núñez y Cristina Pacho

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agustinurrutia.germanstrias@gencat.cat (A. Urrutia).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.10.010>