

¿Qué hacer en el caso de aparición de ITUs complicadas?

- Primero recoger orina para cultivo y luego empezar a tratar.
- Modificaremos el antibiótico cuando tengamos los resultados del urinocultivo si fuera necesario.
- Diario miccional de 3 días/medición de volúmenes por cateterismo.
- En caso de ITUs de repetición primero hay que reevaluar la técnica del paciente, cambio del tipo de sonda, preguntar por número de cateterismos al día (valoración de la adherencia) u otras causas que puedan favorecer la aparición de infecciones de orina.
- Podemos utilizar profilaxis con D-manosa, arándano rojo, autovacunación bacteriana o antibióticos en casos refractarios.
- En la medida de lo posible hay que evitar retirar el cateterismo o colocar una sonda permanente. Si no se maneja correctamente enviar a la consulta de Urología Funcional.



Autores

Madurga Patuel, Blanca (Coordinadora)	H. Universitario Puerta del Mar	Cádiz
Adot Zurbano, José M ^a	H. Universitario de Burgos	Burgos
Amaya Mengual, Edwing Ervin de Jesús	Institut Guttmann	Barcelona
Barroso Manso, Álvaro	H. Nacional de Paraplégicos	Toledo
Blasco Hernández, Pedro	H. Universitario Virgen de Valme	Sevilla
Escudero Bregante, José Félix	H. Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca	Murcia
Müller Arteaga, Carlos	H. Alvaro Cunqueiro	Vigo
Prieto Chaparro, Luis	H. General de Alicante	Alicante
Sánchez Marcos, Manuel	H. General de Elda	Alicante
Zubillaga Guerrero, Sergio	H. Universitario Marqués de Valdecilla	Santander

Patrocinado por



Cateterismo Intermitente Limpio en Paciente Idiopático



Introducción

El Cateterismo Intermitente limpio (CIL), iniciado en 1972 por Lapidés, ha supuesto un gran avance en el tratamiento de los pacientes con altos volúmenes de orina residuales. De hecho, es un indicador de calidad de la sanidad de un país. En **España**, estamos por debajo de la media Europea en el empleo de esta sencilla y práctica técnica, que es capaz por sí sola, de **disminuir las complicaciones** derivadas de los altos residuos postmicciones (infecciones de orina, incontinencia, deterioro de la función renal ...) y de esta forma, mejorar la calidad de vida de nuestros enfermos, que no solo deben ser pacientes con **Vejiga Neurógena**, de cualquier etiología, sino también para todos aquellos casos, en los que no se produzca un vaciado vesical óptimo.

Esta técnica va a ir dirigida a todos aquellos pacientes, **tanto hombres como mujeres**, que padezcan STUI por residuo postmiccional (RPM) elevado (>150cc), por distintas patologías. Existe la creencia de que el CIL aumentará las infecciones de orina sintomáticas; sin embargo, se ha demostrado que con esta técnica **hay menos infecciones**, que si dejamos los altos residuos postmicciones o si colocamos una sonda permanente.

Causas no neurológicas de RPM elevado

- **Obstrucción al flujo** de salida: HBP, estenosis uretral, (mientras se espera la cirugía).
- Tras el parto.
- Después de **grandes cirugías** pélvicas (Miles, histerectomía radical, resección abdominoperineal...).
- **Retención** tras tratamiento con Botox en vejiga.
- **Detrusor hipo/acostráctil** de causa no neurogénica como diabéticos de larga evolución o pacientes de edad avanzada.
- **Prolapso** de órganos pélvicos en espera de intervención quirúrgica.
- Tras **intervenciones antincontinencia** (tipo TOT o similar, en espera de resolución).

¿Cómo empezar con el CIL?

- Lanzar **mensajes optimistas** al paciente: "Ya no vas a tener escapes de orina, no vas a tener infecciones de orina complicadas, tendrás que acudir menos veces a orinar, tanto de día como de noche, es una técnica fácil".
- Contar con **enfermería implicada** y especializada en la enseñanza del CIL.
- **Material audiovisual** explicativo.
- Soporte a lo largo del tiempo (teléfono de contacto con enfermera/médico) para solucionar problemas o dudas que vayan surgiendo. El paciente debe sentirse **apoyado** en todo momento.
- **Comienzo paulatino**, empezando por ejemplo con 2 CIL/día, para ir aumentando según necesidades.
- La **ingesta de líquidos** no debe ser superior a los 2 litros de líquido/día.
- **Visitas programadas** para control del paciente. Siempre se debe sentir respaldado.
- Realización de **Diario Miccional** de 3 días, al inicio del programa (discriminación del volumen orinado/obtenido por cateterismo), que nos permitirá ajustar la ingesta líquida.
- Si el paciente controla debidamente la ingesta de líquidos, será suficiente con un **registro de los volúmenes** obtenidos en los cateterismos. Es más sencillo y tendrá menos rechazo a la técnica si la creen complicada.

Medidas higiénico-dietéticas que deben acompañar al CIL

- Adecuado **aprendizaje** de la técnica.
- **Lavado de manos** siempre previamente al CIL.
- **Lavado de genitales**.
- **Ingesta líquida** no superior a 2000 cc/día para 4 CIL/día. Hay que contar todos los líquidos que beba el paciente (agua, caldo, café, infusiones, refrescos, zumos...).
- El **volumen** de cada cateterismo debe ser, óptimamente, de 350 cc, y nunca superior a 500 cc.

¿Cómo reconocer una ITU complicada relacionada con la técnica?

- La orina es **maloliente o turbia**.
- Aparición de **fiebre/malestar** general.
- **Orina roja** (hematuria o sangre en la orina).
- Aumento/aparición de **Incontinencia urinaria**.
- **Dolor** en uretra y/o vejiga.
- **Dificultad** y/o dolor en su CIL.

