

COMPROMISO POR LA CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS EN ASTURIAS

Recomendación NO HACER relacionada con catéteres urinarios permanentes

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SECA- pasQal)



Laureano Alonso Calo. Servicio de Calidad y Seguridad Pacientes Área Sanitaria IV SESPA



El cateterismo urinario (CU) o sondaje vesical (SV) es una técnica invasiva que consiste en la introducción con asepsia de una sonda desde el meato uretral hasta la vejiga urinaria

La colocación de una sonda vesical persigue objetivos diagnósticos y/o terapéuticos:

Facilitar la salida al exterior de la orina en casos de retención

Control de diuresis

Tratamiento intra y postoperatorio de algunas cirugías

Mantener una higiene adecuada en el caso de escaras genitales

Tratamiento crónico en pacientes que no vacían espontáneamente la vejiga



INTRODUCCIÓN

Las infecciones urinarias : 40% de las IRAS

El 80% son portadores de sonda vesical (SV)

Entre el 12-25% de los pacientes ingresados tienen SV ; en el 50% no está indicado

En el 40% de los SV innecesarios el médico lo desconocía

Relación directa entre la duración de la SV y la ITU: (3-7% cada día) 1 S: bacteriuria 25%
ITU: 10%

Prolonga la estancia: 0,5-4 días más

SV innecesario y el SV prolongado son los factores más importantes a corregir



SITUACIÓN HUCA:

Tasa infec nosocomial: 10,68%- ITU: 20,87% (Epine)

Tasa de pacientes con SV: 21%

Los Servicio que realizan más SV son: Urología, Cirugía General, Neurología y Neurocirugía

HMN: Tasa infec nosocomial: 2,59%- ITU: 75% (Epine)
13,8% de pacientes con SV



INTRODUCCIÓN

Aplicando recomendaciones validadas podemos reducir la tasa de ITU entre 46-81%:

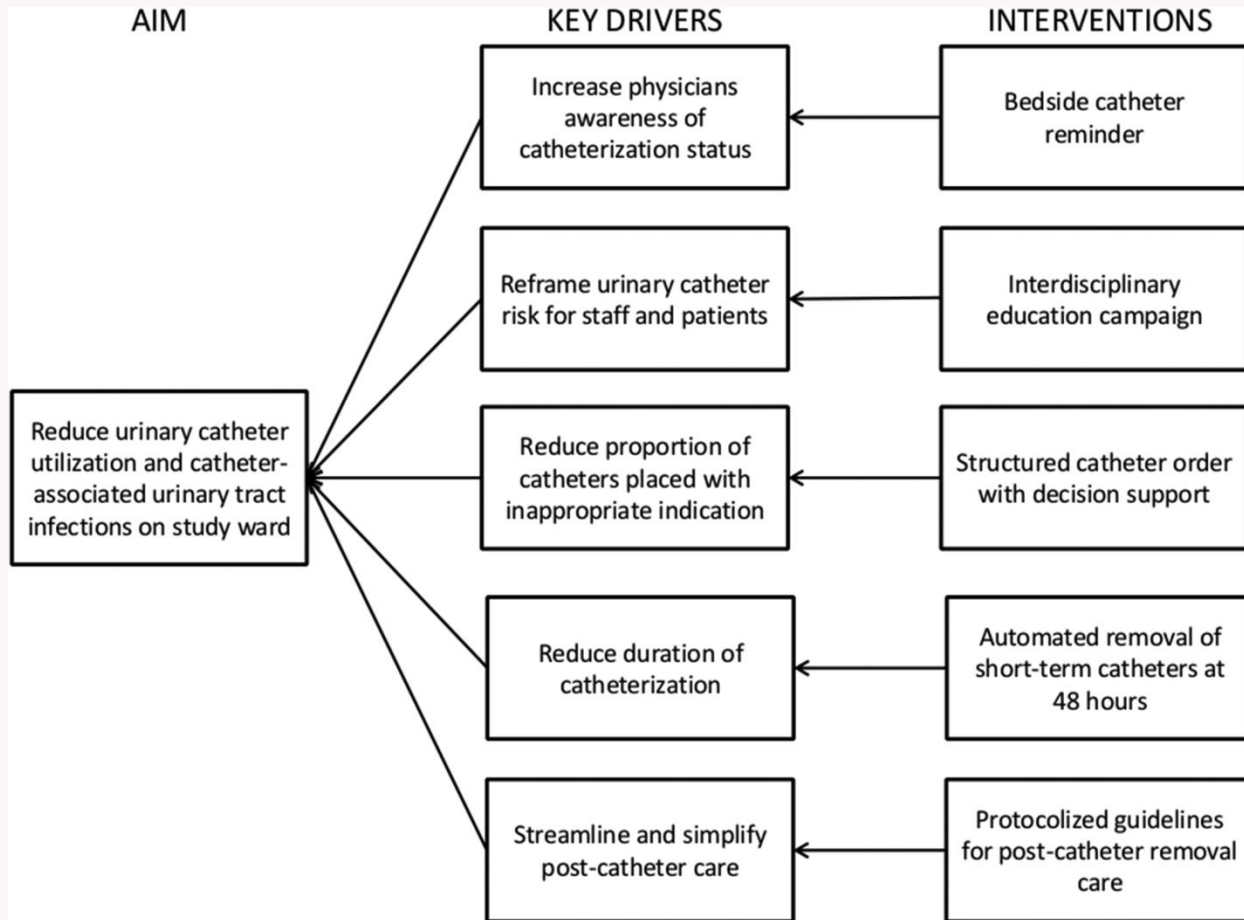
No poner SV innecesarias

Realizar el SV con asepsia

Mantener el SV según las guías y protocolos vigentes

Revisar el SV diariamente y retirarlo cuanto antes





From: A multifaceted quality improvement strategy reduces the risk of catheter-associated urinary tract infection

Int J Qual Health Care. 2017;29(4):564-570. doi:10.1093/intqhc/mzx073

Int J Qual Health Care | Published by Oxford University Press in association with the International Society for Quality in Health Care

2017. This work is written by (a) US Government employee(s) and is in the public domain in the US.



DESARROLLO DEL TRABAJO:

- 1. Constituir el equipo de trabajo multidisciplinar**
- 1. Elaborar la guía con las recomendaciones : Indicaciones, cuidados y seguimiento de los catéteres urinarios permanentes**
- 1. Sesiones informativas a los Servicio/Unidades donde se pilota la implementación**
- 4. Monitorizar la implementación del procedimiento tras pilotaje**
- 5. Retroalimentación a los profesionales implicados**



Objetivos:

Disminuir el N^º diario de pacientes con SV permanente

Revisar a los pacientes portadores de SV > a 3 días

Reducir la incidencia de infecciones urinarias 2^a a cateterismo urinarios



GRUPO DE TRABAJO

Dirección de Gestión de Cuidados y Enfermería

FEA de Microbiología

FEA Servicio de Urología

Medicina Preventiva y SP

DUE hospitalización Monte Naranco

DUE hospitalización HUCA

Supervisora de Neurología

TCAE

FEA Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente

Supervisora de calidad y seguridad del Paciente



INDICACIONES PARA EL CORRECTO USO DE LAS SONDAS VESICALES, MANTENIMIENTO Y RETIRADA

1. ¿CUÁNDO ES NECESARIO EL SONDAJE VESICAL (SV)?

1. Se realizará SV solo en las **SITUACIONES INDICADAS**, durante el menor tiempo posible (importante en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de Infecciones del Tracto Urinario (ITUs)).

2. Considerar alternativas al SV en pacientes seleccionados:

- a) Colectores (varones sin RAO)
- b) Cateterismo intermitente (CI):
 - lesionados medulares
 - vejiga con dificultad para el vaciado.
 - niños con vejiga neurógena y/o mielomeningocele.

1. Retención Aguda de Orina (RAO).
2. Control estricto de diuresis en pacientes críticos.
3. En pacientes quirúrgicos (Cuadro 1)
4. Pacientes con inmovilización prolongada.
5. Ayuda a la cicatrización de heridas sacras/ perineales en incontinentes.
6. Medida de confort en Cuidados Paliativos

NO HACER...

1. NO usar el SV como sustituto de los cuidados del paciente incontinente.
2. NO realizar SV para toma de muestras en pacientes colaboradores.

2. ¿CÓMO MANTENER CORRECTAMENTE LA SONDA VESICAL?

1. Mantener SIEMPRE el sistema de drenaje CERRADO.
2. Mantener el flujo de orina desobstruido
 - evitar acodamientos
 - colector por debajo del nivel de la vejiga SIN tocar el suelo.
 - vaciado del colector estéril.
3. Minimizar el uso del SV el menor tiempo posible.
4. Es necesaria una correcta higiene de las manos antes y tras la manipulación de la SV.

NO HACER...

1. NO usar sistemas de drenaje complejos.
2. NO es precisa la limpieza de la zona periuretral con soluciones antisépticas como profilaxis de las ITUs asociadas a SV, así como el uso de lubricantes estériles de forma rutinaria.
3. NO usar antibióticos de forma rutinaria como profilaxis de ITUs en pacientes que precisen SV permanente o de corta duración.
4. NO es preciso la irrigación vesical continua (excepto si obstrucción), así como el uso de soluciones antisépticas.

3. ¿CUÁNDO ES PRECISO RECAMBIAR LA SONDA VESICAL?

1. El recambio de la SV y de los sistemas colectores se realizará en base a **CRITERIOS CLÍNICOS**: ITUs, obstrucción, compromiso del cierre estanco...
2. En caso de obstrucción de la SV se recambiará por otra de distinto material (silicona).
3. En pacientes portadores de SV permanente, es preferible el uso de SV de silicona para reducir el riesgo de incrustación.

NO HACER...

1. NO realizar recambio de SV o colectores de forma rutinaria.

4. ¿CÓMO Y CUÁNDO RETIRAR LA SONDA VESICAL?

1. Minimizar el uso y duración del sondaje, retirándolo lo antes posible.

NO HACER...

1. NO se precisa clampar SV previa retirada de la misma.

5. VIGILANCIA DE LAS ITUs ASOCIADAS A CATÉTER: TOMA DE MUESTRAS

1. La toma de muestras se realizará SIEMPRE DE FORMA ASÉPTICA:
 - muestras grandes: directamente del colector
 - muestras pequeñas: directamente de la sonda vesical mediante jeringa y aspiración.

NO HACER...

1. NO está indicado el screening de BACTERIEMIA en pacientes portadores de SV.

PACIENTES QUIRÚRGICOS Y CORRECTO MANEJO DE LA SONDA VESICAL (cuadro 1).

1. Cirugía urológica y/o pélvica.
2. Cirugías que se prevean prolongadas retirada precoz de la SV en la URPA.
3. Paciente con manejo de grandes cantidades de volumen y/o diuréticos.
4. Necesidad de monitorización de la diuresis.

Así, en pacientes postoperados, lo correcto sería retirar la SV lo antes posible (antes de cumplir 24 horas).





Indicadores:

Porcentaje de CU > 3 días que no son revisados por el facultativo

Número de pacientes con CU permanente/ Planta/Unidad

Cuidados del catéter por TCAE

Tasa de infección urinaria 2ª al SV



SEGUIMIENTO/EVALUACIÓN:

1.- Requisitos:

Definir **objetivos** claros

Establecer **Indicadores** que informan si los cambios son eficaces

Identificar los cambios que están mejorando los resultados

2.- **Ciclo PDCA** a pequeña escala y si es eficaz se traslada a toda la organización.
Este es el método que se utiliza para el aprendizaje orientado a la acción.



Alcance de la difusión (Nº de profesionales): Sesiones Informativas

- Traumatología (36) Cirugía general(50) Medicina Interna:(44)
139 Facultativos
- Unidades de Hospitalización: 67 profesionales de enfermería
de 7 Unidades de Hospitalización



RESULTADOS HUCA Marzo 2018 – Enero 2019

| TABLA | Mar | Abr | Jun | Jul | Ago | Sept | Oct | Nov | Dic | Ene |
|----------------------------|-------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| % Ingresados con SV | 17,33 | 12,9 | 17,9 | 21,1 | 21,7 | 21,2 | 15,57 | 14,47 | 15,84 | 14,02 |
| % pacientes con SV >3 días | 65,1 | 76,3 | 58,4 | 59 | 63,8 | 82,7 | 50,74 | 51,73 | 68,15 | 59,29 |



FORMULARIO PARA EL CORRECTO USO DE SONDAJE VESICAL Y PREVENCIÓN DE ITUs ASOCIADAS

Servicio: NHC: Fecha:/...../20.....

| 48 horas | 48-72 horas | 72 horas o más |
|----------|-------------|----------------|
| | | |

1. Tiempo desde la colocación de la sonda vesical.

2. ¿Precisa el paciente sondaje permanente?

3. ¿Es conocedor el médico responsable de que el paciente porta sonda vesical desde hace 72 horas o más?

4. ¿Continúa el paciente cumpliendo indicación para portar sonda vesical?

4.1. En caso afirmativo, ¿cuál?

| SI | NO |
|----|----|
| | |
| | |
| | |

| | |
|--|--|
| 1. Retención aguda de orina. | |
| 2. Paciente crítico que precisa control de diuresis estricta. | |
| 3. Pacientes postoperados 3.A. Cirugía urológica/pélvica. 3. B. Cirugía prolongada o con gran manejo de volumen. | |
| 4. Paciente con inmovilización prolongada. | |
| 5. Paciente incontinente con herida sacra/perineal. | |
| 6. Medidas de confort en paciente terminal. | |



Documentación anexa a la Presentación:

- Protocolo de indicaciones de sondaje vesical.
- Protocolo de retirada de sondaje vesical.
- Guide to Implementing a Program To Reduce Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Long-Term Care. 2017.
- Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009

