Detección de globo vesical mediante ecografía realizada por enfermería ante la sospecha de retención urinaria aguda

Sandra Sancho Gómez[a,*], Manuel Ruiz Castro[b] y Carlos Martín Manzanedo[c]

[a] *D.U.E. Planta de hospitalización oncología médica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.*
[b] *Doctor en Medicina. F.E.A. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.*
[c] *D.U.E. Planta de hospitalización urología médica. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.*

Correspondencia: Sandra Sancho Gómez
Correo electrónico: sandrasanchog@hotmail.com

Resumen

La retención urinaria aguda es un cuadro clínico prevalente que requiere la práctica de un sondaje vesical. El sondaje es una maniobra que aumenta la probabilidad de infecciones del tracto urinario, y su realización es consecuencia de la exploración manual por parte de enfermería. Actualmente disponemos de métodos más fiables para la valoración de la retención urinaria, como la ecografía. Personal de enfermería con un mínimo nivel de adiestramiento en ultrasonografía vesical puede realizar el diagnóstico de retención urinaria y evitar sondajes innecesarios que incrementarían la probabilidad de infecciones del tracto urinario. Por tanto, enfermería debería formarse en esta técnica segura, inocua, fiable y objetiva.

Palabras clave: retención urinaria, infección urinaria, sondaje vesical, ultrasonido, vejiga, enfermería.

Ultrasound detection of distended bladder performed by Nursing for suspected acute urinary retention

Abstract

Acute urinary retention is a prevalent clinical pathology that requires a catheterization. The catheterization of urinary bladder is a maneuver that increases the likelihood of urinary tract infections, and its realization is the result of manual exploration by the nurse. Currently we have more reliable methods for the assessment of urinary retention as ultrasound. A nurse with a minimum level of training in bladder ultrasonography, can make the diagnosis of urinary retention, and avoid unnecessary catheterization that would increase the likelihood of urinary tract infections. Therefore, nursing should be formed in this secure, safe, reliable and objective technique.

Key words: urinary retention, urinary infection, vesical catheterization, ultrasound, urinary bladder, nursing.

Introducción

La retención urinaria aguda (RUA) se define como un cuadro clínico que resulta de la imposibilidad de vaciar adecuadamente y de forma voluntaria el contenido vesical. Actualmente, la RUA es la urgencia urológica más frecuente. Los últimos estudios[1] estiman que el 10% de los hombres mayores de 70 años y el 33% de los mayores de 80 años tendrán un episodio de RUA en los 5 años siguientes. No obstante, su prevalencia varía significativamente entre hombres y mujeres a favor de los primeros. La causa más frecuente de RUA en ambos sexos es la obstructiva, la hipertrofia benigna de próstata en varones, y tumores ginecológicos en la mujer. La incidencia de RUA postoperatoria en pacientes sin antecedentes urológicos está cifrada entre el 15% y el 67%[1,2].

Los factores desencadenantes de este problema pueden estar relacionados con la obstrucción de la uretra, alteraciones tanto motoras como sensoriales, ansiedad y efectos medicamentosos, entre otros. Debido a la imposibilidad de evacuar

la vejiga, la sintomatología que puede padecer el paciente varía desde lo más leve, es decir, malestar, pasando por un dolor intenso suprapúbico, etc.[3,4], hasta consecuencias graves, como reacciones cardiovasculares (bradicardia, taquicardia, hipertensión arterial, arritmias que pueden terminar en asistolia), por la activación del sistema nervioso autónomo a consecuencia de la distensión vesical, llegando incluso al daño permanente en el músculo detrusor[5].

El personal de enfermería tiene una participación directa en la asistencia de la RUA, colaborando con el facultativo para diagnosticar este problema, y actuando para su resolución. En los procedimientos relacionados, como la estimación clínica del paciente con RUA, se enfatiza la importancia de la recolección de datos de la historia clínica y el examen físico de la vejiga del paciente. En ese asunto, son diversas las posibles intervenciones, entre las cuales podemos destacar como la más habitual la exploración física. Sin embargo, esta práctica no está basada en la evidencia científica, sino en medidas subjetivas de evaluación clínica[6,7].

El examen físico de la vejiga se basa en la inspección, palpación y percusión, que tratan de identificar modificaciones de textura, espesor, consistencia, sensibilidad, volumen y dureza del órgano[8]. No es un procedimiento simple, participan en él la subjetividad del examinador y las alteraciones de las condiciones clínicas del paciente (por ejemplo, los cambios por el uso de fármacos y la edad del paciente)[9]; por todo esto, y para que la valoración del volumen vesical se realice con mayor eficacia y precisión, sería necesaria la utilización de un equipo de ultrasonido portátil.

La ultrasonografía portátil es un método inocuo que permite al profesional, con seguridad y buen nivel de confianza, detectar el globo vesical, evaluar el volumen de orina (pre y/o posmiccional), y decidir o no la realización del cateterismo urinario[10,11]. Si bien es verdad que con anterioridad los aparatos de ultrasonografía eran caros y de grandes dimensiones, en la actualidad se han reducido de forma importante, tanto en volumen como en coste. Esto lleva a que cada vez estén más disponibles en todas las unidades de hospitalización y que, por tanto, su empleo sea cada vez más accesible y justificado. Sin embargo, este tipo de dispositivos portátiles todavía no es muy utilizado en la práctica clínica enfermera.

El cateterismo urinario es uno de los procedimientos más comunes en la asistencia de enfermería a la RUA[12]. Debe ser realizado por la enfermera, con rigor y conocimiento científico, evitando mitos y rituales prácticos. Cuando se lleva a cabo de forma inadecuada y por tratarse de una intervención invasiva, puede llevar a diversas complicaciones, entre las cuales destacan la infección del tracto urinario (ITU), el traumatismo uretral, el dolor y el falso trayecto[3,4,13].

En el año 2015 se publicó el último estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España (estudio EPINE), en el que se concluye que las ITU ocasionan el 19% de las infecciones hospitalarias[14]. El 60% de las ITU nosocomiales se relacionan con el uso del sondaje uretral, que está presente en aproximadamente un 20% de los pacientes ingresados[15]. Se estima que entre un 20% y un 50% de los pacientes con catéter urinario tienen una indicación inadecuada de sondaje[16]. Dado que la ITU es una de las infecciones hospitalarias más frecuentes[17], parece adecuado que enfermería se familiarice con el empleo de la ecografía para evitar sondajes de la vía urinaria innecesarios, sobre todo cuando nos referimos a una técnica exenta de riesgos para el paciente y el explorador, y cuya curva de aprendizaje es rápida; en la mayoría de los casos de aproximadamente un mes.

Casos clínicos

Caso clínico 1

Varón de 75 años que acude a la sala de reanimación posquirúrgica tras ser intervenido de hemorroidectomía bajo anestesia intradural. Como únicos antecedentes clínicos de interés presenta hipertensión arterial e hipertrofia benigna de próstata. Una hora y media después de su llegada a la unidad comienza con dolor abdominal difuso, sudoración y bradicardia. Ante la sospecha de posible retención de orina, ya que el paciente no realiza micción espontánea, la enfermera ejecuta una palpación manual suprapúbica en la que le parece apreciar globo vesical. Posteriormente, efectúa medición ecográfica de los diámetros mayores de la vejiga urinaria, de la que resulta un cálculo volumétrico de 650 ml de contenido, por lo que procede al sondaje urinario, tras el cual se resuelve el cuadro.

Caso clínico 2

Varón de 74 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial y hábitos tóxicos: exfumador de 40 cigarrillos diarios, que abandonó el hábito tabáquico hace 10 años. Portador de catéter urinario desde hace 6 meses por reiterados episodios de hematuria. Pasados 3 días del postoperatorio de una intervención quirúrgica para resección transuretral de próstata sin incidencias, y manteniendo durante ese período sueros de lavado continuos, se reduce el ritmo de estos gracias a una evolución favorable, y se decide la retirada de la sonda vesical. A las 07:00 h del 4.° día tras la extracción del catéter vesical, se le aconseja forzar la ingesta hídrica hasta conseguir una micción moderada. Durante la visita médica, a las 10:00 h, el paciente refiere dolor abdominal y sensación imperiosa de orinar. Comenta, que cada vez que intenta miccionar, solo puede producir "gotitas" que no llegan a superar los 20 ml. Asimismo, reseña haber ingerido alrededor de 1,5 litros de agua. Se realiza la inspección física mediante palpación abdominal, sin poder llegar a una confirmación exacta de globo vesical. Antes de practicar el sondaje, el urólogo solicita una ecografía vesical, y tras la medición de los ejes mayores de esta, se evidencia una retención urinaria de 700 ml.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/8577710

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/8577710

Daneshyari.com