

Uso inadecuado de la sonda vesical en el paciente médico: impacto de una estrategia de intervención

Inadequate use of the urinary catheter in the medical patient: Impact of an intervention strategy

Sr. Director:

Las infecciones del tracto urinario representan una gran proporción de las infecciones nosocomiales y muchas de ellas están relacionadas con el uso del cateterismo vesical (CV). Su reducción requiere por tanto la colocación del CV exclusivamente cuando sea necesario, siguiendo las indicaciones aprobadas en las guías de buena práctica clínica. Sin embargo, es conocido que su uso es excesivo¹, por lo que la aparición de actualizaciones de guías, como las de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas para la Prevención y Tratamiento de la Infección Urinaria², son una excelente oportunidad para revisar su correcta utilización y adecuarla si fuera necesario. Nos planteamos conocer hasta qué punto la indicación del CV en nuestro hospital se ajusta a las citadas guías, y valorar el efecto que pudiera tener, a corto y medio plazo, una estrategia de intervención basada en la difusión de las mismas.

Con este objetivo durante una semana se analizó la indicación del CV en todos los pacientes ingresados a cargo del servicio de medicina interna en un hospital comarcal de 236 camas, con 13.500 ingresos al año de los cuales 5.200 corresponden a los atendidos en este servicio. Mediante la revisión de la historia clínica y la entrevista con el paciente, se establecía si, en el momento del estudio, la indicación del CV se ajustaba a las recomendaciones recogidas en las guías². La intervención posterior consistió en facilitar la difusión de las citadas recomendaciones mediante 2 sesiones clínicas para los facultativos de urgencias y medicina interna, y su distribución mediante correo electrónico y circular interna. Se repitió el análisis de la correcta indicación del CV a la semana y al mes de la intervención. Para la comparación de porcentajes se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0 y test de ji cuadrado con criterio de significación $p < 0,05$.

Se incluyeron 446 pacientes, 144 en el análisis previo a la intervención, 141 a la semana de la intervención y 161 al mes. Los porcentajes de pacientes con CV, siempre referidos al grupo total de pacientes en cada momento del análisis, fueron del 22% para la evaluación inicial, del 12,8% a la semana y del 16,1% al mes. Entre ellos y referidos también al grupo total, las indicaciones consideradas como no adecuadas fueron del 11,1% de los pacientes en la semana preintervención, observándose un descenso estadísticamente significativo al 4,5% a la semana de intervención ($p = 0,04$). Al mes, las indicaciones no adecuadas seguían siendo más bajas que en la evaluación inicial (7,5%), pero habían perdido significación estadística ($p = 0,32$). Las indicaciones consideradas no adecuadas fueron la incontinencia urinaria en el paciente no terminal ni con lesiones cutáneas circundantes (40%), monitorización de la diuresis que no se consideraba necesaria o pudiera realizarse sin necesidad de sonda (35%), y de indicación no clara en el 25%, en su mayo-

ría colocadas desde la atención en urgencias y continuada desde entonces aunque las circunstancias no la hacían necesaria. No se encontraron variaciones significativas a lo largo del estudio en los porcentajes de pacientes con CV cuya indicación se consideró adecuada (11, 8,5 y 8,6% del total de los pacientes incluidos en cada momento del estudio $p = 0,51$, 0,50 y 0,71 respectivamente).

Como en otros trabajos hemos constatado un uso excesivo e inadecuado del CV. Las razones podrían deberse, al menos en parte, al desconocimiento de las recomendaciones que no respaldan su utilización de forma sistemática en la incontinencia urinaria, pero también, por su mantenimiento, cuando ha desaparecido la indicación inicial, tanto por el miedo a la necesidad del volver a requerirla, como porque su presencia pasa desapercibida para su médico^{3,4}. Las consecuencias de esta mala práctica son el aumento de la bacteriuria asociada al catéter, de las infecciones secundarias, de la morbilidad y mortalidad y de los costes sanitarios⁵, además de la incomodidad para el paciente.

Simples medidas como la difusión de las guías clínicas tienen un impacto importante en la reducción del uso no adecuado del CV, aunque su efecto se atenúa rápidamente con el paso del tiempo. Medidas complementarias como estrategias dirigidas a revisar la indicación en el paciente ingresado y recomendar su retirada si no se ajustaba a las indicaciones aceptadas pueden ser también de utilidad⁶⁻¹⁰.

En resumen, sigue existiendo una utilización excesiva de la sonda vesical y aunque estrategias puntuales son efectivas en su corrección, su efecto es transitorio, por lo que probablemente serían necesarios programas continuados de formación para romper la inercia del abuso del CV.

Bibliografía

1. Jaun P, Parada JP, David A, Smith LG. Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients. *Arch Intern Med.* 1995;155:1425-9.
2. Hootn TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geertlings SE, Rice JC, et al. Diagnosis, prevention and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 international clinical practice guidelines from the infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2010;50:625-63.
3. Saint S, Lipsky BA. Preventing catheter-related bacteriuria: Should we? Can we? How? *Arch Intern Med.* 1999;159:800-8.
4. Saint S, Wiese J, Amory JK, Bernstein ML, Patel UD, Zemenchuk JK, et al. Are physicians aware of which of their patients have indwelling urinary catheters? *Am J Med.* 2000;109:476-80.
5. Saint S. Clinical and economic consequences of nosocomial catheter-related bacteriuria. *Am J Infect Control.* 2000;28:68-75.
6. Loeb M, Hunt D, O'Halloran K, Carusone SC, Dafoe N, Walter SD. Stop orders to reduce inappropriate urinary catheterization in hospitalized patients: a randomized controlled trial. *Gen Intern Med.* 2008;23:816-20.
7. Rothfeld AF, Stickley A. A program to limit urinary catheter use at an acute care hospital. *Am J Infect Control.* 2010;38:568-71.
8. Gokula RM, Smith MA, Hickner J. Use of a urinary catheter indication sheet improves appropriate use of foley catheters. *Am J Infect Control.* 2007;35:589-93.

9. Topal J, Conklin S, Camp K, Morris V, Balcezak T, Herbert P. Prevention of nosocomial catheter-associated urinary tract infections through computerized feedback to physicians and a nurse-directed protocol. *Am J Med Qual.* 2005;20:121–6.
10. Cornia PB, Amory JK, Fraser S, Saint S, Lipsky BA. Computer-based order entry decreases duration of indwelling urinary catheterization in hospitalized patients. *Am J Med.* 2003;114:404–7.

C. Tornero Estebáñez*, M. Bourguet, C. Benavides Villarreal, M.C. Mafe Nogueroles y A. Ventura Esteve

Medicina Interna, Hospital Francisc de Borja, Gandía, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Tornero_car@gva.es
(C. Tornero Estebáñez).

doi:10.1016/j.rce.2010.11.015

¿Existen diferencias clínicas entre pacientes inmigrantes y autóctonos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana? Resultados de una cohorte en el área sanitaria de Cartagena (1998-2008)

Are there clinical differences between immigrants and native patients with human immunodeficiency virus infection? Results of a cohort in the health care area of Cartagena (1998-2008)

Sr. Director:

En los últimos años hemos asistido a un gran crecimiento demográfico en nuestro país a expensas del fenómeno migratorio. Los últimos informes epidemiológicos nacionales han apuntado a un repunte de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) imputable a la inmigración¹. Sin embargo, son escasos los estudios que han analizado las características clínicas diferenciales de las poblaciones inmigrante y autóctona tanto en la visita basal como en el seguimiento^{2,3}.

El objetivo del presente estudio es evaluar y comparar en las poblaciones inmigrante y autóctona infectadas por el VIH las principales variables clínicas tanto en la visita de inicio como en el posterior seguimiento en nuestra área sanitaria.

Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo que incluyó a los pacientes inmigrantes y autóctonos (relación 1:3 apareada en el tiempo) que han sido evaluados por primera vez en nuestra Unidad VIH durante el periodo 1 de enero de 1998 a 31 de diciembre de 2008. La información de las distintas variables se obtuvo de la base de datos de las consultas externas, de las historias de consultas externas y de las historias clínicas de hospitalización. Las variables cuantitativas se compararon mediante la prueba de la t de Student o de la prueba de Wilcoxon mientras que las variables Cualitativas mediante la prueba de la ji cuadrado, utilizando la corrección de Yates cuando se precisara. Se ha considerado como significativo un valor de $p < 0,05$.

Durante el periodo del estudio fueron incluidos 95 pacientes inmigrantes y 285 pacientes autóctonos. En la primera

visita clínica no se documentaron diferencias significativas en la proporción de pacientes autóctonos (53%) e inmigrantes (38%) con criterios definitorios de sida ($p = NS$). En la visita basal, la tuberculosis pulmonar y/o diseminada fue la entidad definitoria de sida más frecuente en la población inmigrante (10,5%) y autóctona (9,8%), seguida de la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (6,3 y 6,7%, respectivamente). El 42% de los pacientes inmigrantes y el 44% de los pacientes autóctonos presentaron en la visita basal un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200 células/ μ l ($p = NS$). Las proporciones de sujetos con carga viral (CV) superior a 100.000 copias/ml fueron del 31 y 32% respectivamente ($p = NS$). Los resultados sobre las principales variables clínicas en la evolución se exponen en la [tabla 1](#).

La objetivación en nuestra serie de una proporción relevante de sujetos inmigrantes y autóctonos que tenían en la visita basal una importante inmunodepresión pone de manifiesto la existencia de un retraso en el diagnóstico y por tanto un mayor riesgo de desarrollar enfermedades indicativas de sida¹⁻⁴. La tuberculosis sigue siendo la infección oportunista definitoria de sida más prevalente en pacientes inmigrantes^{2,5,6}, tanto en la visita basal como en el seguimiento, lo cual se ha relacionado con la elevada tasa de esta infección en sujetos que proceden de África subsahariana y América Latina^{7,8}.

Al igual que en nuestra serie, en diferentes cohortes nacionales y europeas^{2,3,6} se pone de manifiesto el uso extensivo del tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes inmigrantes, lo cual no ofrece dudas sobre las garantías de la asistencia sanitaria española y la de otros países europeos a la hora de facilitar un rápido acceso al mismo. Sigue existiendo discordancia sobre el grado de adherencia del TAR en pacientes inmigrantes y autóctonos durante el seguimiento^{3,9}, aunque en la mayoría de los estudios nacionales^{3,6} que valoran esta característica establecen una buena adherencia del mismo en la población inmigrante como así se describe en nuestra cohorte.

En nuestro estudio hemos observado un menor tiempo de seguimiento clínico en la población inmigrante como consecuencia del mayor número de pérdidas en la evolución en este colectivo. Se han identificado recientemente factores de riesgo asociados a pérdida de seguimiento clínico en pacientes con infección por el VIH como serían el carecer de vivienda, ser inmigrante en situación irregular o tener antecedentes de consumo de drogas por vía intravenosa, los cuales podrían explicar en buena medida la alta pre-