

10. Díaz-Menéndez M, Pérez-Molina JA, Norman F, López-Vélez R. Prevalencia de infección por VIH en población inmigrante asintomática. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:712-3.

María José Núñez-Orantos^a y Francisco Javier Martín-Sánchez^{b,c,*}

^a Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
^c Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjms@hotmail.com (F.J. Martín-Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.02.004>

Empleo inapropiado de cateterismo urinario en pacientes ingresados en servicios médicos: experiencia en un hospital comarcal y estrategias para su reducción



Inappropriate use of urinary catheters in patients admitted to medical wards: Experience in a local hospital and strategies for reducing their use

Sr. Editor:

Hemos leído con mucho interés el artículo de Fernández-Ruiz et al.¹ sobre el uso inapropiado de catéteres urinarios (CU), donde encontraban un 26,1% de indicación inapropiada en los pacientes médicos ingresados de este hospital de 3.º nivel madrileño. Por nuestro interés compartido en el tema, quisiéramos aportar las siguientes consideraciones.

Por una parte es sabido que el uso del CU aumenta el riesgo de infecciones nosocomiales, por lo que se debe evitar su uso excesivo; pero no deben olvidarse tampoco las complicaciones no infecciosas del CU, que en un reciente metaanálisis² alcanzan el 3,4% para estenosis uretral en pacientes con CU durante menos de 3 semanas, el 43% de hematuria macroscópica en pacientes portadores de CU durante más de 3 semanas y el 1% de neoplasia vesical en pacientes con lesión medular portadores de CU permanente.

Además querríamos compartir nuestra experiencia en un hospital comarcal de 236 camas, con 5.200 ingresos anuales en el servicio de Medicina Interna, donde en un estudio inicial³ se analizó, en todos los pacientes con CU ingresados en dicho servicio, si la indicación se ajustaba a las recomendaciones recogidas en las guías clínicas de la IDSA⁴, como las utilizadas por Fernández-Ruiz et al. Posteriormente se llevó a cabo una intervención que consistía en difundir las citadas recomendaciones hacia los médicos de urgencias y medicina interna mediante 2 sesiones clínicas, y su distribución mediante correo electrónico y circular interna. Se repitió el análisis de la correcta indicación del CU a la semana y al mes de la intervención, incluyéndose un total de 446 pacientes. Objetivamos un porcentaje de indicaciones no adecuadas del 11,1% del total de pacientes antes de la intervención (50% de los pacientes con CU), que a la semana de la intervención descendía de manera significativa al 4,5% ($p=0,04$), pero que al mes volvía a elevarse al 7,5%, perdiendo este descenso significación estadística respecto al porcentaje inicial pre-intervención. En una segunda fase del estudio⁵ se introdujo en las historias clínicas de los pacientes portadores de

CU un recordatorio de las indicaciones apropiadas. Tras mantener un mes de esta estrategia, los usos inadecuados descendieron de nuevo al 5% de los pacientes ingresados (37% de los pacientes con CU). En una actualización de nuestras cifras realizada con motivo de esta carta, el porcentaje de usos inadecuados 3 años después de la intervención se ha mantenido en el 5% del total de pacientes ingresados.

En comparación con los resultados de Fernández-Ruiz et al.¹, encontramos en nuestro hospital un mayor número de pacientes con uso considerado inadecuado de CU. Una estrategia puntual de formación fue eficaz para reducir el uso excesivo de CU, aunque su efecto fue transitorio. Sin embargo, una estrategia de recordatorio de un mes de duración permitió mantener este nivel estable 3 años después de la intervención.

En resumen, y de acuerdo con Fernández-Ruiz et al.¹, sigue existiendo una utilización excesiva del CU, por lo que probablemente serían necesarios programas continuados de formación para romper la inercia del abuso del CU.

Bibliografía

1. Fernández-Ruiz M, Calvo B, Vara R, Villar RN, Aguado JM. Empleo inapropiado de catéteres urinarios en pacientes ingresados en servicios médicos en un hospital universitario. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;31:523-5.
2. Hollingsworth JM, Rogers MAM, Krein SL, Hickner A, Kuhn L, Cheng A, et al. Determining the noninfectious complications of indwelling urethral catheters. A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2013;159:401-10.
3. Tornero C, Bourguet M, Benavides C, Mafe M, Ventura A. Uso inadecuado de la sonda vesical en el paciente médico: impacto de una estrategia de intervención. *Rev Clin Esp.* 2011;5:271-2.
4. Hootn TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings 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, 625-663.
5. Bourguet M, Benavides C, Mafe MC, Ventura A, Tornero C. Estrategias de reducción del uso inadecuado de la sonda vesical y la prevención de la infección nosocomial en el paciente médico. Valencia: VII Congreso de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de la Comunidad Valenciana; 2011. p. 27-9.

M. Bourguet*, C. Benavides, M.C. Mafe y C. Tornero

Servicio de Medicina Interna, Hospital Francesc de Borja, Gandia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marine.bourguet@hotmail.com (M. Bourguet).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.12.013>