



Germans Trias i Pujol
Hospital
Institut Català de la Salut



Institut Català de la Salut
Gerència Territorial
Metropolitana Nord

SERVEI GINECOLOGIA I OBSTETRÍCIA

| | | |
|----------------------------------|---|---------------------|
| TÍTOL DOCUMENT: | DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA | |
| TIPUS DOCUMENT: | PROTOCOL MÈDIC | |
| CODI DOCUMENT: GIN-PM-102 | Estàndard: | Pàgina núm. 1 de 18 |

QUA-IM-004.Rev.06

GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

Periodicitat de revisió: cada 5 anys

Responsable revisió: Cap de servei de Ginecologia i Obstetrícia

| REVISIÓ | DATA REVISIÓ | DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS | AUTORS | VALIDAT PER | DATA VALIDACIÓ |
|---------|--------------|---------------------------------|------------------------------|-------------|----------------|
| 01 | Gener 2023 | Preparació de protocol | Sara Iglesias Rosana Díaz | Pendent | Pendent |
| | | | | | |
| | | | | | |

DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

| DESTINATARI |
|-------------------------------------|
| Servei de Ginecologia i Obstetrícia |
| |
| |
| |

QUA-IM-004.Rev.06

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

1. INTRODUCCIÓ I DEFINICIÓ DEL PROBLEMA:

La International Continence Society (ICS) i la International Urogynecological Association (IUGA) van definir al 2010 la disfunció de buidament com la “*micció anormalment lenta y/o incompleta, basant-se tant en els símptomes com en les troballes urodinàmiques*”.

La prevalença de la disfunció de buidament varia entre un 6-61%.

La retenció urinària és una conseqüència clínica secundària a la disfunció de buidament, que implica un residu post-miccional (RPM) patològic.

La micció normal s'inicia amb l'alliberació de l'activitat inhibidora del còrtex cerebral sobre el centre pontí de la micció (control voluntari). Posteriorment, es produeix una cascada d'impulsos eferents que condueixen a la relaxació de l'esfínter uretral estriat i la musculatura pelviana (innervació somàtica via nervi pudendo) i de l'esfínter uretral intern (innervació simpàtica via nervis hipogàstrics). Seguidament, es produeix una contracció continua del detrusor (innervació parasimpàtica via nervis pèlvics) amb obertura del coll vesical que permet el pas de la orina.

Els mecanismes patogènics responsables de la disfunció de buidament són:

- Detrusor hipocontràctil: contracció de força i/o duració reduïda per una lesió neurogènica, una lesió miogènica (hiperdistensió vesical mantinguda) o cistopatia diabètica.
- Obstrucció uretral o augment de resistència de sortida: flux urinari reduït i/o presència de volum residual augmentat amb augment de pressió del detrusor, a conseqüència d'obstrucció anatòmica o obstrucció funcional (falta de relaxació de l'esfínter uretral i/o sòl pelvià).
- Mixt: combinació de les dues opcions prèvies.

2. POBLACIÓ

1. Dones amb simptomatologia complexa de buidament i símptomes d'ompliment.
2. Dones amb situacions de risc de retenció aguda d'orina: pacients a les que se li realitza cirurgia pelviana i pacients durant el puerperi immediat.

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

3. ETIOLOGIA I FACTORS DE RISC**3.1. Patologia neurològica aguda o crònica:**

- Malalties neurològiques progressives o no (esclerosi múltiple, Parkinson).
- Lesions espinals o cerebrals.
- Neuropatia perifèrica autonòmica (diabetis) i/o infecciosa per herpes simple o herpes zòster.
- Disinèrgia detrusor – esfínter uretral extern o musculatura pelviana.

3.2. Diabetis: visualitzat en un 50% de diabètics de llarga evolució.

3.3. Compressió extrínseca o distorsió de la uretra: prolapses, úters en retroversió, masses pelvianes, estrenyiment/impactació fecal.

3.4. Patologia uretral intrínseca: estenosi uretral, diverticles, litiasi, infeccions urinàries o extrusions de malla.

3.5. Micció disfuncional: flux intermitent o fluctuant per contracció involuntària intermitent de teixit periuretral o musculatura pelviana en pacients neurològicament normals. Es tracta d'un augment de to simpàtic secundari a dolor (per lesió de sòl pelvià, trauma perineal, procediments quirúrgics, lesió obstètrica) o ansietat o trastorns del son.

3.6. Síndrome de Fowler: activitat electromiogràfica elevada del esfínter estriat uretral en dones neurològicament sanes, que fan retencions urinàries doloroses i residus elevats, sense altra explicació. Un 40% s'associa a síndrome d'ovari poliquistic.

3.7. Farmacològica: en un 10% aproximadament, sobretot en pacients ancianes i poli-medicades.

- Per afectació de la contracció del detrusor: activitat anticolinèrgica (anti-histamínics, antidepressius tricíclics, antiespasmòdics, anti-psicòtics), beta-agonistes i antagonistes del canal del calci, opioides, benzodiazepines, anestèsics, AINEs.
- Per augment de resistència uretral: ISRS/NA, agonistes alfa adrenèrgics.

3.8. Iatrogènic post-cirurgia: anti-incontinència, cirurgia pelviana radical per denervació de plexe pelvià o hipogàstric, cesària amb epidural. Els factors de risc associats son:

- Edat >50 anys.
- Antecedent de residu post-miccional elevat preoperatori.
- Antecedent de retenció urinària aguda en cirurgia prèvia.
- Malalties neurològiques.
- Administració ràpida de > 750 mL de SF endovenós.
- Duració de la cirurgia de >2h.
- Medicació anticolinèrgica intra-operatòria com atropina.
- Anestesia regional, sobretot amb opioides.
- Cirurgia pelviana prèvia.
- Cirurgia oncològica.
- Expulsius llargs (>3h), anestesia peridural, episiotomia, part instrumental, macrosomia i primiparitat.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

3.9. Traumatismes perineals i part: per neuropatia pudenda, dolor perineal, edema i/o hematoma.

4. SIMPTOMATOLOGIA

La simptomatologia es presenta en forma de retenció urinària. Pot ser aguda o crònica.

En el cas de la retenció aguda d'orina (RAO) es manifesta com a incapacitat d'orinar a pesar de tenir la bufeta plena, habitualment amb volums superiors a la capacitat vesical normal (500-600mL). Sol ser dolorosa i pot ser la conseqüència d'una patologia crònica o de forma aguda transitòria després de un part o una intervenció quirúrgica.

En el cas de la presentació crònica, la simptomatologia es més complexa, associada a símptomes de tracte urinari inferior tant de buidament com d'ompliment. Així, es pot manifestar com: retard en l'inici de la micció, flux miccional lent o intermitent, necessitat d'esforç abdominal, sensació de buidament incomplet, urgència miccional associada a incontinència o no, incontinència d'esforç, enuresi. Com a conseqüència de la cronicitat, hi ha més freqüència de infecció urinària recurrent.

5. DIAGNÒSTIC

1. Historia clínica:
 - a. Identificar factors de risc.
 - b. Caracterització de símptomes, sobretot de buidament.
 - c. Investigació de hematúria, febre, disúria o símptomes neurològics.
2. Exploració física:
 - a. Detecció de globus vesical mitjançant palpació abdominal.
 - b. Identificar si hi ha patologia orgànica (prolapses, patologia uretral).
 - c. Exploració neurològica (to, força muscular, sensibilitat).
3. Sediment d'orina i urocultiu si està indicat.
4. Mesura de residu post-miccional:
 - a. Pot realitzar-se per sondatge o per ecografia. Veure l'annex 1 pel càlcul mitjançant ecografia.
 - b. Considerar residu com a patològic si és més de 100mL o, més correcte, si supera 1/3 del volum miccional total.
 - c. Realitzar en cas de sospita de RAO o després de retirar sondatge vesical permanent.
5. Ecografia de sòl pelvià: per diagnòstic d'obstrucció secundària a malla suburetral o prolapse uterí. En el cas de post-part, diagnòstic d'hematomes.
6. Fluxmetria lliure: mesura la quantitat d'orina evacuada per unitat de temps. Associada sempre a un control d'orina residual. Els paràmetres a avaluar són:
 - a. Volum miccional: mínim 150ml.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

- b. Flux màxim (Q max): flux obstructiu de 10ml/s o menor i flux màxim normal de 15ml/s.
 - c. Residu post-miccional.
7. Estudi pressió/flux en urodinamia: de referència per valorar fase de buidament. Es mesuren els següents paràmetres:
 - a. Pressió abdominal.
 - b. Pressió del detrusor al flux màxim (PdetQmax): N=20-40cmH2O.
 - c. Flux miccional (Qmax): igual que amb la fluxmetria.
 - d. Volum miccional.
 - e. Residu post-miccional.
 - f. Indica **obstrucció**: Qmax baix i PdetQmax alta.
 - g. Indica **detrusor acontractil**: Qmax baix i PdetQmax baixa.
8. Altres: cistografia, vídeo-urodinàmica i electromiografia.

6. TRACTAMENT

El tractament anirà dirigit a alleugerir simptomatologia i evitar les complicacions a llarg termini.

6.1. Disfunció crònica de buidament (Algoritme 1):

És important evitar la hiperdistensió vesical.

Hi ha diverses opcions terapèutiques en funció de l'etiologia:

6.1.1. Teràpia conductual: estil de vida i re-educació vesical.

- Detrusor hipocontractil: miccions pautades.
- Micció disfuncional: tècniques de relaxació amb o sense biofeedback.

6.1.2. Rehabilitació: per hipertònies de sòl pelvià.**6.1.3. Farmacoteràpia**: alfa-bloquejants (Tamsulosina 0,2 mg/24h) que relaxen l'esfínter uretral. Poden associar-se a relaxants musculars (Baclofen 5mg-25mg/24h, diazepam 5-10mg/24h).

Si les teràpies prèvies no han funcionat, s'ha d'instruir a la pacient a utilitzar l'autosondatge intermitent (Annex 4). La freqüència del cateterisme es realitzarà en funció del volum de residu que presenti i de la ingesta de líquids. En general es considerarà:

- a. RPM > 600 mL, sondatge cada 4 hores.
- b. RPM 400-600 mL, sondatge cada 6 hores.
- c. RPM 300-400 mL, sondatge cada 8 hores.
- d. RPM 200-300 mL, sondatge cada 12 hores.
- e. RPM 100-200 mL, sondatge cada 24 hores.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

6.2. Retenció urinària post-quirúrgica:

6.2.1. RAO secundària a cirurgia anti-incontinència (Algoritme 2): la prevalença és de 5-12%, sent més alta amb la TVT. Els factors de risc són: Qmax baix pre-quirúrgic, premsa abdominal amb la micció, cirurgia prèvia anti-incontinència i/o de sòl pelvià.

La etiopatogènia més freqüent es per obstrucció o irritació per la malla però també per dolor, estrès, edema periuretral, hematomes o medicació administrada. La freqüència de la RAO disminueix conforme passen els dies.

Algoritme terapèutic:

1. Micció espontània i valoració de residu post-miccional, en els 15 minuts post-buidament. Mesurar volum miccional complet. Mesurar RPM preferiblement per ecografia.
2. Si no fa micció espontània i/o residu elevat (>100mL o més de 1/3 del volum miccional): conducta expectant i esperar segona micció espontània.
3. Si no fa micció espontània i/o residu elevat: realitzar ecografia per valoració de la malla.
 - a. Ecografia normal: col·locació de sondatge permanent de 14 Fr durant 1 setmana i nova valoració. S'administrarà profilaxis antibiòtica amb Fosfomicina 3gr dosi única en el cas que s'hagi cateteritzat repetidament.
 - b. Ecografia no normal: malla amb molta tensió (afluïxar la malla o retirar-la parcialment), hematoma (drenatge).

Es citarà a la pacient al Gabinet de ecografia Ginecològica i consulta de Sòl Pelvià en 1 setmana. Valorar instruir a la pacient en retirar el sondatge vesical a domicili (veure Annex 2) i esperar micció espontània o realitzar ompliment retrògrad (veure Annex 3) a la consulta.

4. Si en els controls posteriors la pacient no aconsegueix buidament complet, valorar retallar la malla.

6.2.2. RAO post-quirúrgica (no cirurgia de sòl pelvià) (Algoritme 3): després de cirurgies pelvianes radicals quan es sospita lesió de plexe nerviós pelvià o hipogàstric.

Algoritme terapèutic:

1. Esperar la micció espontània, previ ompliment retrògrad de la bufeta amb 300 mL de SF, i valoració de residu post-miccional en els 15 minuts post-buidament, mitjançant ecografia preferiblement.
2. Si no fa micció espontània i/o residu elevat: col·locació de sondatge permanent durant 1 setmana i nova valoració, donat l'alt risc de RAO. S'administrarà profilaxis antibiòtica amb Fosfomicina 3gr, dosi única. Es citarà a Gabinet de Ecografia Ginecològica i visita a consultes externes en 1 setmana.
3. Controls setmanals. En pacients amb lesió dels plexes, hi ha un alt risc de no resolució del quadre clínic, pel que es podria valorar realitzar cateterització vesical intermitent (veure final de l'apartat 6.1.).

6.2.3. RAO post-quirúrgica (no sòl pelvià no cirurgia radical):

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

En aquest cas s'actuarà en funció de la simptomatologia de la pacient. Si no realitza micció espontània o sensació de buidament incomplet es realitzarà residu post-miccional.

Algoritme terapèutic:

1. Micció espontània. Realitzar RPM només en el cas de no aconseguir micció espontània o símptomes de buidament incomplet. Mesurar RPM preferiblement per ecografia.
2. Si el residu és elevat (>100mL o més de 1/3 del volum miccional): conducta expectant i esperar segona micció espontània.
3. Si no fa micció espontània i/o residu elevat: realitzar ecografia per valorar complicacions post-quirúrgiques:
 - a. Ecografia normal: col·locació de sondatge permanent de 14 Fr durant 1 setmana i nova valoració. S'administrarà profilaxis antibiòtica amb Fosfomicina 3gr dosi única en el cas que s'hagi cateteritzat repetidament.
 - b. Ecografia no normal: actuació en funció de les troballes.

Es citarà a la pacient al Gabinet de ecografia Ginecològica i consulta externa en 1 setmana. Valorar instruir a la pacient en retirar el sondatge vesical a domicili (veure Annex 2) i esperar micció espontània o realitzar ompliment retrògrad (veure Annex 3) a la consulta.

Controls setmanals fins a la resolució del quadre clínic.

6.3. RAO post-part (Algoritme 4):

Analitzar els factors de risc (traumatisme perineal, part instrumentat, macrosomia, cesària amb epidural, taponament vaginal >1-2H amb sondatge permanent). La RAO es produeix per una hipertonia pèlvica, habitualment, tot i que si es perllonga en el temps podria ser causat per una lesió nerviosa perifèrica.

Algoritme terapèutic:

1. Micció espontània precoç. Si la micció és correcta (200-700 mL) i sense dificultat, no caldrà mesurar el residu post-miccional.
2. Realitzar mesura de residu post-miccional, mitjançant ecografia preferiblement si:
 - a. No s'aconsegueix micció espontània
 - b. Símptomes de buidament incomplet.
 - c. Volum miccional menys de 200mL o més de 700mL.

I esperar nova micció espontània (màxim 1H amb ingesta de 1L aigua).

3. Repetir el punt 2 si no fa micció espontània i/o residu elevat.
4. Si persisteix la incapacitat de realitzar micció espontània i/o residu elevat: exploració física i ecografia per valorar hematomes perineals.
 - a. Ecografia normal: col·locació de sondatge permanent de 14 Fr amb sonda pinçada i evacuació cada 3-4 hores i AINE pautat durant 24 hores i nova valoració. Si en més de 48 hores no presenta desig miccional o micció espontània, serà alta a domicili amb la sonda pinçada. S'administrarà profilaxis antibiòtica amb Fosfomicina 3gr dosi única en el cas que s'hagi cateteritzat repetidament.
 - b. Ecografia: si presència de hematoma perineal, realitzar drenatge.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

Es citarà a la pacient a consulta de ARO1 en 1 setmana i realitzar residu per ecografia.

5. Controls setmanals amb sonda pinçada a domicili i evacuació cada 3-4 hores, fins que es resolgui el quadre clínic.

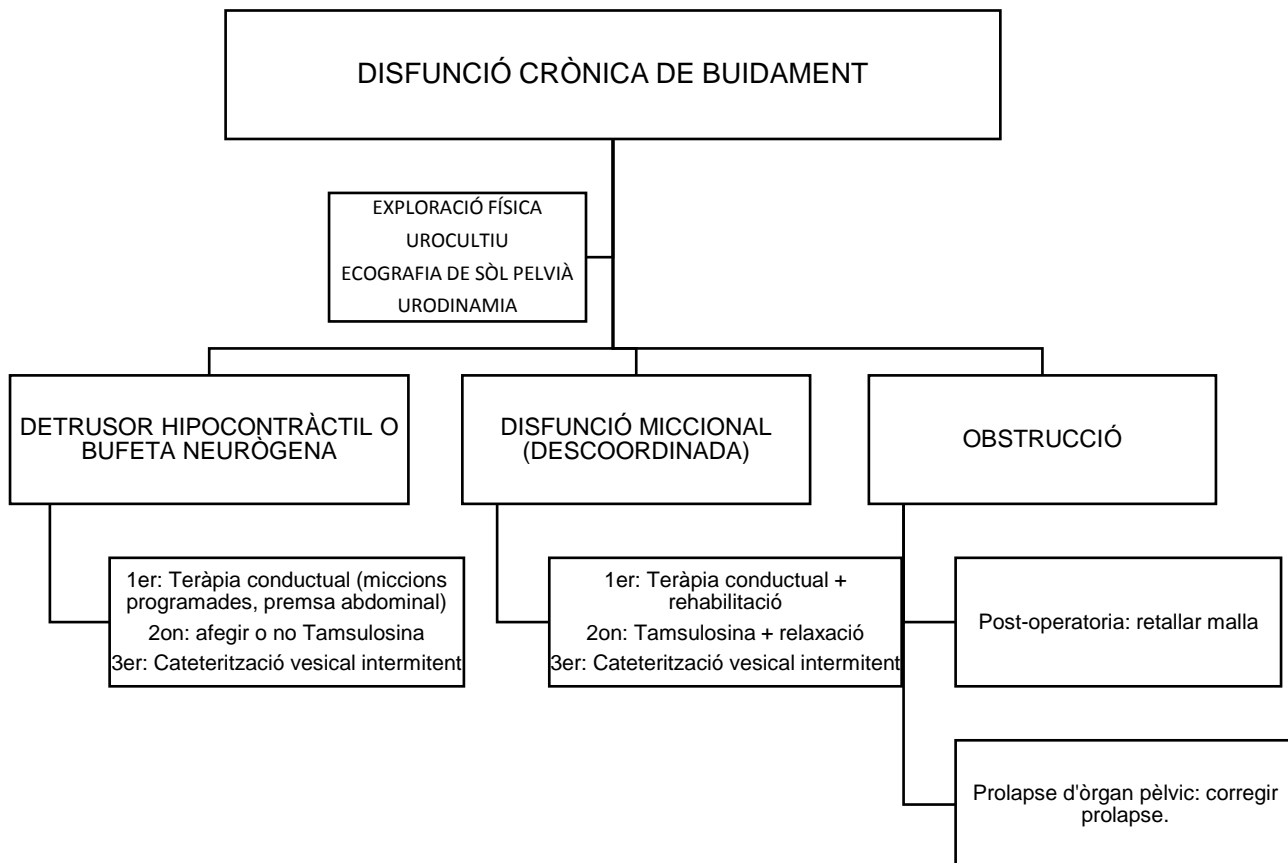
***Consideracions:** si es realitza el residu amb sonda, amb la segona micció espontània, col·locar sondatge vesical permanent pinçat.

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

7. ALGORITMES:

1. Disfunció crònica de buidament:

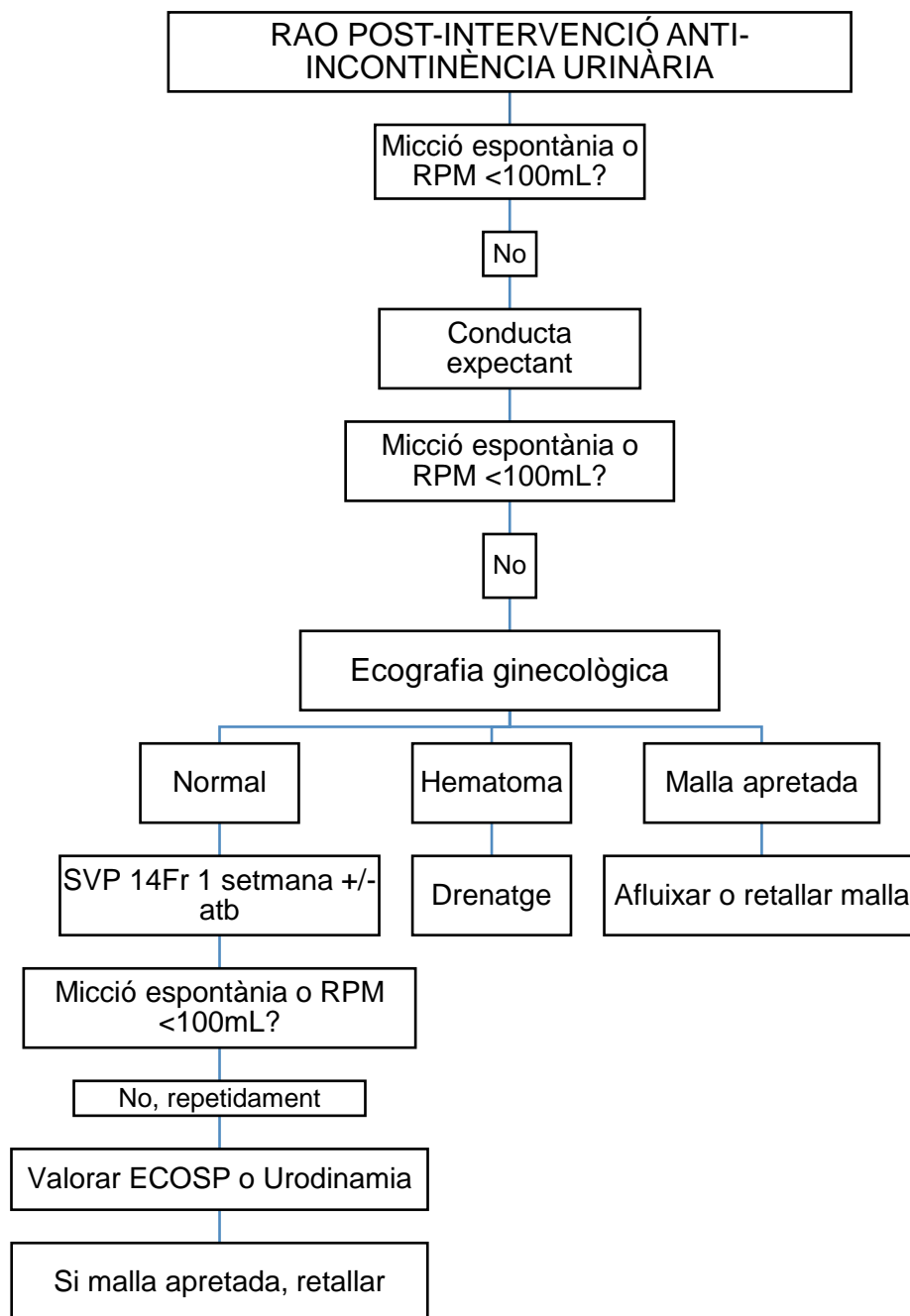


QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

2. RAO post-intervenció anti-incontinència urinària:

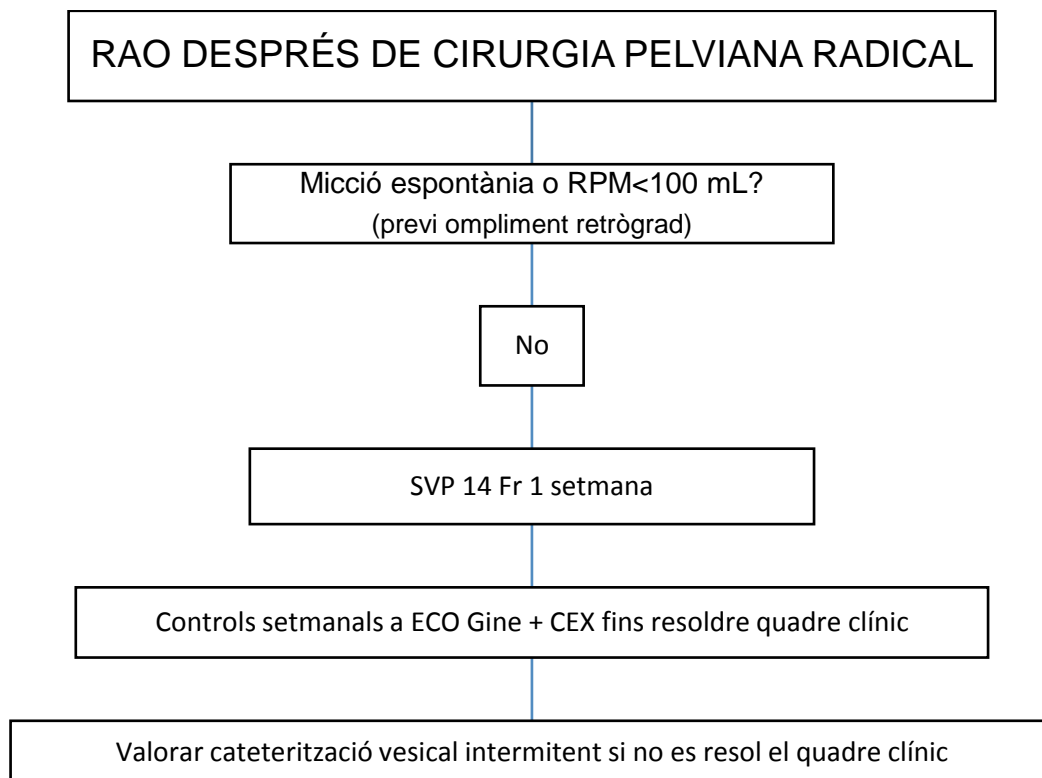
QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

3. RAO després de cirurgia pelviana radical:



QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

4. RAO post-part:**1. Micció espontània precoç correcta (200-700 mL)**

| | |
|--|---|
| 2. RPM mitjançant ecografia preferiblement si: | 1.No s'aconsegueix micció espontàni 2.Síntomes de buidament incomplet. 3.Volum miccional menys de 200mL o més de 700mL. |
|--|---|

**3. Segona micció espontània (màxim 1H amb ingesta de 1L aigua).**

| | |
|--|---|
| 4. RPM mitjançant ecografia preferiblement si: | 1.No s'aconsegueix micció espontàni 2.Síntomes de buidament incomplet. 3.Volum miccional menys de 200mL o més de 700mL. |
|--|---|

**5. Si persisteix la incapacitat de realitzar micció espontània i/o residu elevat**

| |
|--|
| 1.Ecografia normal: SVP 14 Fr pinçada i evacuació cada 3-4 hores i AINE 24 hores i nova valoració → fins a 48 hores no presenta desig miccional o micció espontània → alta amb sonda pinçada + Fosfomicina 3gr DU si s'ha cateteritzat repetidament. |
| 2.Ecografia: si presència de hematoma perineal → drenatge. |

**6. Es citarà a la pacient a consulta de ARO en 1 setmana i realitzar residu per ecografia.****7. Controls setmanals amb sonda pinçada a domicili i evacuació cada 3-4 hores, fins que es resolgui el quadre clínic.**

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

1 RESPONSABLES

- a. Dra. Sara Iglesias
- b. Dra. Rosana Díaz

2 BIBLIOGRAFIA

1. Disfunción de vaciado y retención aguda de orina. Guía de Asistencia Práctica 2018. Sección de Suelo Pélvico de la SEGO.
2. Barrisford GW, Steele GS. Acute urinary retention. Uptodate Sept 2019.
3. Rickey L. Chronic urinary retention in women. Uptodate May 2019.
4. Mueller ER. Postoperative urinary retention in women. Uptodate April 2019.
5. Schaeffer AJ. Complications of urinary bladder catheters and preventive strategies. Uptodate Sept 2019.
6. Schaeffer AJ. Placement and management of urinary bladder catheters in adults. Uptodate Jul 2019.
7. Neron M, Allègre L, Huberlant S, Mousty E, De Tayrac R, Fatton B, Letouzey V. Impact of systematic urinary catheterization protocol in delivery room on covert postpartum urinary retention: a before-after study. Sci Rep 7, 17720 (2017).
8. Dietz HP. Pelvic Floor Ultrasound – Atlas and Textbook. 2016.
9. Protocolo: retención aguda de orina y disfunción de vaciado en posparto. Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Julio 2020.

3 PARAULES CLAU

- a. Retenció aguda d'orina.
- b. Disfunció de buidament.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

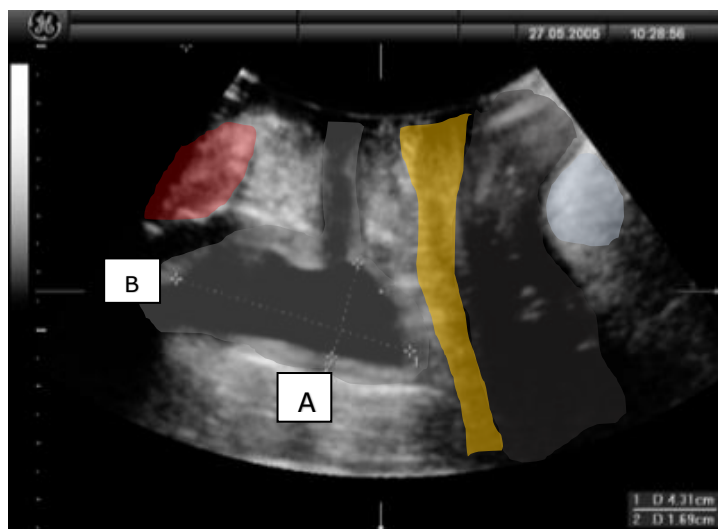
QUA-IM-004.Rev.05

4 ANNEXOS**Annex 1. Mesura de residu post-miccional amb ecografia:**

La mesura es pot fer via transperineal, transvaginal o via abdominal.

Via transperineal:

Amb el transductor transperineal, es col·loca en longitudinal sobre els llavis majors. A la imatge ecogràfica s'ha de visualitzar un tall sagital mig que passa pel pubis, uretra, vagina, recte i múscul elevador de l'anus.



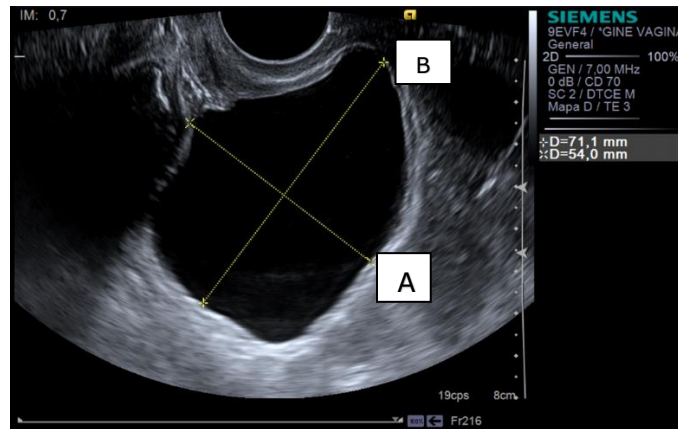
$$\text{Residu post-miccional (RPM)} = A \text{ (cm)} \times B \text{ (cm)} \times 5,6 = \text{mL}$$

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

Via transvaginal:

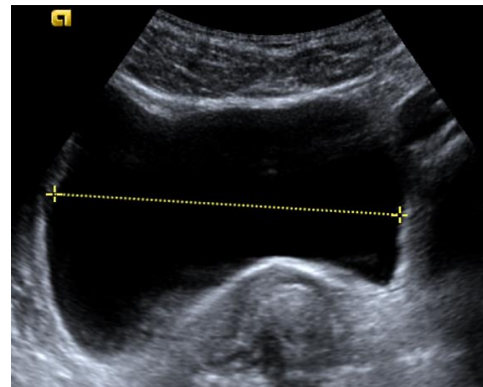
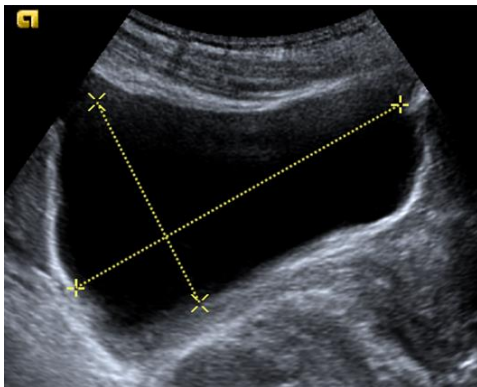
Visualitzar la bufeta en el seu tall sagital mig, que serà quan es visualitzi la uretra.



$$\text{Residu post-miccional} = (A \text{ (cm)} \times B \text{ (cm)} \times 5,9) - 14,6 = \text{mL}$$

Via abdominal:

Es realitzen dos talls: anteroposterior i transversal.



$$\text{Residu post-miccional} = A \text{ (cm)} \times B \text{ (cm)} \times C \text{ (cm)} \times 0,52 = \text{mL}$$

Es considera un residu normal: < 100mL o < 1/3 del volum miccional.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

Annex 2. Retirada del sondatge vesical permanent per la pacient:

La pacient es retirarà el sondatge vesical a domicili abans del control a l'hospital de la següent manera:

- a. Retallar la goma de la sonda per on marca la línia negra, amb una tisora, de manera que es buidarà el globus intra-vesical. S'esperarà 30 segons i podrà ser extreta.



- b. Posteriorment, iniciarà ingesta hídrica per arribar a l'hospital amb desig miccional.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

Annex 3. Ompliment vesical retrògrad:

A la planta o a la consulta, s'introduiran 300mL de SF estèril a través del sondatge permanent. Posteriorment, sense buidar la bufeta, es retirarà la sonda vesical. S'indicarà a la pacient que realitzi una micció espontània i es mesurarà el residu post-miccional mitjançant ecografia preferiblement.

Realitzar aquesta mesura mitjançant ompliment retrògrad, és més predictiu de disfunció de buidament i RAO, que esperar la micció espontània sense ompliment vesical.

QUA-IM-004.Rev.05

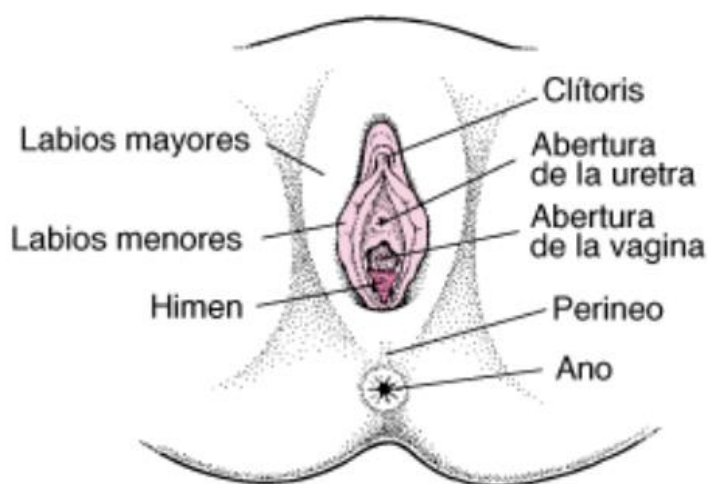
Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

PROTOCOL DE DISFUNCIÓ DE BUIDAMENT I RETENCIÓ AGUDA D'ORINA

QUA-IM-004.Rev.05

Annex 4. Cateterització vesical intermitent:

1. Rentat de mans amb aigua i sabó.
2. Col·locar-se de peu amb un dels peus sobre el vàter o banqueta. La posició la decidirà la pacient en funció del que li sigui més còmode.
3. Rentar genitals externs amb aigua i sabó.
4. Amb la mà no dominant, obrir els llavis amb el segon i el quart dit de la mà i utilitzar el del mig per localitzar l'orifici uretral, per sobre de la vagina i sota el clítoris.



5. Introduir el catèter amb la mà dominant i dirigir-lo cap al melic.
6. La orina començarà a sortir. Es mantindrà el catèter fins que no surti més orina. Es retirarà a poc a poc per a que surti tota l'orina.

QUA-IM-004.Rev.05

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol