



# Ciclo de Metodología Científica II

## Proyecto de Investigación

Uso del Catéter uretral en pacientes internados en  
cuidados moderados en el Hospital de Clínicas, Julio  
del 2015

Integrantes

Br. Lucía Pérez

Br. Carolina Moreira

Br. Andrés Schreiber

Br. Juan Reinoso

Br. Emiliano Sansberro

Dra. Isabel Fernández - Docente orientador

## **ÍNDICE DE CONTENIDOS**

Resumen.....	3
Palabras Clave.....	3
Introducción y Marco Teórico.....	4
Objetivos.....	5
Metodología.....	5
Normas Éticas.....	6
Resultados.....	6
Discusión.....	7
Conclusiones.....	9
Bibliografía.....	10
Tablas y Gráficos.....	12
Anexos.....	14

## **RESUMEN**

La cateterización uretral (CU) es un procedimiento de uso frecuente en la práctica hospitalaria. El uso inadecuado del mismo es muy común, y una vez colocados frecuentemente permanecen más tiempo del debido, aumentando así, el riesgo de complicaciones infecciosas y no infecciosas.

El objetivo de este estudio fue describir la utilización del catéter uretral en la población elegida. Se trata de un estudio transversal descriptivo realizado en el Hospital de Clínicas, centro Terciario Universitario en Montevideo, Uruguay. Incluyó pacientes que se encontraban en Salas de cuidados moderados de Medicina, Cirugía y Urología en el periodo de julio de 2015. Se encuestó a un total de 158 pacientes. El total de pacientes cateterizados fueron 12 (8,3%). Seis pacientes (50%) de los cateterizados tenían indicación de colocación de CU. Solo 3(25%) pacientes tenían clara indicación de continuar con el catéter. En solo un paciente se encontró registro de la indicación de la colocación del CU por parte del médico y se registró la colocación del CU en 7 (58,3%). Cuando se analizó la pertinencia de la indicación de urocultivo (UC), de 8 UC solicitados 7 no tenían indicación.

El porcentaje hallado de pacientes con CU en nuestro estudio no es elevado en comparación con la literatura. Sin embargo se ha constatado en un porcentaje elevado de estos pacientes la existencia de colocación de CU sin indicación formal, así como de permanencia inadecuada. Casi en la totalidad de los pacientes con CU no se registró orden médica por escrito, efectuándose la misma de manera verbal, medio poco apropiado tratándose de un procedimiento invasivo. Se constata un uso inadecuado y excesivo del urocultivo. Surge la necesidad de pautas institucionales que ayuden al correcto uso y cumplimiento de los paquetes de medidas destinados a la prevención de las complicaciones relacionadas al uso del CU fundamentalmente las infecciosas.

## **PALABRAS CLAVE**

Catéter uretral (CU). Bacteriuria asociada a catéter, Infección del Tracto Urinario Asociado a Catéter, Urocultivo (UC)

## **INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO**

El uso de CU es un procedimiento muy frecuente en la práctica clínica de un hospital (1). El CU es usado en aproximadamente el 67% de los pacientes en cuidados intensivos y un estimado de 20% de los pacientes en salas generales (2). Sus indicaciones son múltiples. El uso inadecuado del mismo es muy común, y una vez colocados frecuentemente permanecen más tiempo del debido (3,4), aumentando así el riesgo de complicaciones infecciosas y no infecciosas (inflamación no bacteriana de la uretra, estenosis uretral, trauma mecánico y deterioro de la movilidad) (5,6) asociadas a su uso, siendo las infecciosas el evento adverso más común (7), constituyendo una de las cuatro infecciones nosocomiales más frecuentes (7-9). Dentro de las infecciones intrahospitalarias, las ITU corresponden aproximadamente al 40% (10,11), siendo las asociadas a catéter el 80% de las ITU nosocomiales (12). Las ITU en los pacientes portadores de CU son un problema de salud pública, se asocian a un aumento de la morbilidad, mortalidad y costos, así como son un importante reservorio de microorganismos multirresistentes. Al desarrollo creciente de resistencias bacterianas en estos pacientes contribuye el uso irracional del urocultivo asociado muchas veces al sobre tratamiento de la bacteriuria asintomática (BA) en pacientes con CU. Un estudio reciente ha descrito el sobre tratamiento de la BA en 1 de cada 5 casos (13).

Existen paquetes de intervenciones bien establecidos para prevenir las ITU asociadas a catéteres, cuyo cumplimiento es necesario para ayudar a disminuir el número de complicaciones (14) aunque el cumplimiento del mismo es inadecuado.

No se encontraron trabajos publicados realizados en nuestro centro que hagan referencia al uso de los catéteres uretrales, así como tampoco si se cumple con el paquete de medidas de prevención destinadas a disminuir el riesgo de infección.

Considerando el potencial beneficio del adecuado uso del catéter uretral y la alta frecuencia de utilización del mismo, se plantea conocer ¿Cuáles son las características del uso del CU en los pacientes internados en servicios de salas de cuidados moderados de Medicina, Cirugía y Urología del Hospital de Clínicas?

Esperamos que esta investigación sirva para crear un antecedente documentado sobre la utilización del catéter uretral que permita detectar cual es la realidad de las salas de cuidados

moderados del Hospital de Clínicas, y así poder optimizar las medidas de uso racional de este procedimiento con el fin de mejorar la calidad de atención de los pacientes.

## **OBJETIVOS**

El objetivo de este estudio fue describir el uso del CU en la población seleccionada, con especial énfasis en la medición de la prevalencia de su uso, la utilización apropiada en términos de indicación y tiempo de permanencia, frecuencia de registro de la indicación de colocación y cumplimiento de la misma, así como describir si existe un uso racional de urocultivo en estos pacientes.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal durante el período de Julio de 2015 en las salas de áreas no cerradas de cuidados moderados del Hospital de Clínicas (191 camas), Centro Hospitalario Universitario Terciario (Montevideo, Uruguay). La población objetivo fueron los pacientes internados en el área mencionada mayores de 18 años que presentaran catéter uretral (CU) al momento de la observación. Se tomaron como criterios de exclusión; la edad menor de 18 años, pacientes que no se encontraban en sala al momento del estudio, aquellos que se hallaban ingresados en unidades cerradas (CTI, cuidados intermedios, nefrología, cardiología, neurología, hematología) o que tuvieran otro tipo de catéter urinario que no sea uretral, así como los pacientes que no pudieron dar el consentimiento informado.

Los datos fueron recogidos por los investigadores. Para cada paciente se registraron datos demográficos, datos relacionados a la colocación del catéter (lugar de colocación, registro de la colocación, indicación al momento de la colocación y al momento de la observación, tipo de catéter), y datos relacionados a la solicitud de urocultivo. Para esto se diseñó un formulario con las variables de interés. Se utilizó como fuente de datos la entrevista al paciente, al personal de salud de la sala y la historia clínica. La muestra de la cual se obtuvieron los datos corresponde a un muestreo no probabilístico y por conveniencia, por lo tanto no extrapolable ni generalizable. Como forma de verificación del mismo, se realizó un estudio piloto previo al inicio de la recolección de los datos de investigación a los efectos de identificar posibles errores y mejoras en el mismo.

Se consideraron indicaciones adecuadas de colocación de CU las descritas en las guías del Dutch Working Group on Infection Prevention(15) (Anexo 1). Para definir la indicación apropiada de UC se utilizó las sugeridas por la Infectious Diseases Society of America (IDSA) (16).

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizaron herramientas de estadística descriptiva para variables cualitativas (distribución de frecuencias) y cuantitativas (medidas de resumen) a través de los paquetes estadísticos PSPP y Epidat 3.1.

### **NORMAS ÉTICAS**

El presente estudio ha sido presentado ante el Comité de Ética de la Investigación de Facultad de Medicina y ante la dirección del Hospital de Clínicas, habiendo resultado aprobado por ambas instituciones previo a su realización.

Se tomó en cuenta el principio ético del respeto por las personas y se realizó un consentimiento informado a cada uno de los participantes. (Anexo 2)

No existió ningún tipo de beneficio directo hacia los pacientes que participaron, ni fueron estos expuestos a ningún tipo de riesgo.

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

### **RESULTADOS**

Del total de camas disponibles de cuidados moderados (191) de los servicios incluidos, 158 se encontraban ocupadas al momento de la encuesta. Las camas no ocupadas 33 correspondieron a los servicios de Cirugía. Del total de pacientes encuestados, 12 (8,3 %) se encontraban con catéter uretral. La mayoría de ellos -11- cumplían con la definición de catéter de corta duración. Las características generales de los pacientes se muestran en la **Tabla 1**.

En 10 pacientes (83.3%) el catéter fue colocado durante la internación y solo en 2 de ellos (16.7%) la colocación había sido realizada previo a ingreso.

En relación al uso apropiado del CU se identificó 6 pacientes con clara indicación, 4 no

tenían indicación y 2 se desconocía. La distribución en los distintos servicios se visualiza en el **Grafico 1**. De los pacientes que tenían indicación, en 4 de ellos se identificó una prescripción y en 2 de ellos más de una. La distribución de las indicaciones se muestra en el **Grafico 2**. Al momento de la encuesta se identificaron solo 3 pacientes con indicación de continuar con el catéter. **Tabla 2**

Al realizar el análisis de los registros existentes en la historia clínica relativos al CU, solo en un paciente existió orden médica de la colocación, en 7 pacientes se encontró el registro de fecha de colocación del catéter por parte de enfermería y en 5 de ellos registro de cambio de catéter.

La realización y el uso racional del UC se describen en la **Tabla 3**.

## **DISCUSIÓN**

La prevalencia de CU en nuestro estudio resulta baja (8.3%) si se compara con estudios internacionales que muestran una prevalencia que varía entre el 9,7% y el 33%(17–19).

La media de la duración de la cateterización (10,3 días) es más prolongada que la los estudios analizados, teniendo estos una media de duración de 6,8 días (20), dato a destacar tomando en cuenta que el riesgo de colonización e infección bacteriana aumentan proporcionalmente al tiempo de cateterización(21).

El presente estudio muestra que el porcentaje de pacientes fueron cateterizados sin una razón debidamente justificada, es similar a los encontrados en otros estudios (33,3 vs 40%) (4,22). Esta utilización inadecuada y excesiva de una maniobra invasiva como lo es el CU, repercute aumentando la morbilidad y la estadía hospitalaria de los pacientes y a su vez los costos sanitarios que esto implica.

En la literatura se señalan como las indicaciones más frecuentes de colocación de CU la postoperatoria y el control de la diuresis (23,24). En comparación con nuestro estudio, se vio que las principales indicaciones fueron la RAO junto con la preoperatoria. Estas diferencias podrían explicarse en parte porque el presente estudio no ha tomado el control de la diuresis como una indicación formal de cateterización, a que el número ocupado de camas en los servicios de cirugía era bajo, así como en número de pacientes con CU de nuestro estudio.

Destacamos el bajo porcentaje del registro tanto de la indicación como de fecha de colocación así como del fecha de cambio de catéter en cada uno de los servicios analizados. El registro estandarizado y adecuado relacionado a la utilización del CU así como la existencia de algún sistema recordatorio sea escrito o electrónico que alerte al personal de salud, forma parte de las medidas recomendadas por la IDSA y el CDC destinadas a optimizar el uso del CU, y disminuir así la morbimortalidad relacionada a la cateterización fundamentalmente las infecciones asociadas a su uso (14,16). Estas recomendaciones son de gran importancia y deberían estar al conocimiento de todo el personal de salud para cumplir con dichas medidas. Se estima que más del 38% de los médicos clínicos no advierten la presencia de este dispositivo en sus pacientes, lo que contribuye a la permanencia innecesaria y los riesgos de complicación expuestos (25). Siendo además las intervenciones para reducir el uso del catéter urinario uno de los diez principios recomendados dentro de las estrategias para mejorar la seguridad del paciente.

El porcentaje de pacientes con CU en nuestro estudio que se le solicitó UC fue más elevado que otras referencias bibliográficas 8/12 (66,7% vs 33%) (20). De estos 8 pacientes, solamente uno tenía indicación formal de realización de UC. Las indicaciones inapropiadas del UC se encontraron asociadas a la realización del mismo previo al cambio de catéter. Es sabido que la realización de UC como método predictivo de infección urinaria no es recomendada(26). Esto demuestra las dificultades que existen aún hoy en día en realizar un correcto manejo de la correcta solicitud de urocultivos a estos pacientes, aumentando los costos sanitarios innecesariamente.

Dada la inexistencia de estudios nacionales publicados con respecto al tema tratado, las comparaciones de datos han sido realizadas en relación a estudios internacionales por lo que dado que los estudios no son homogéneos pueden no reflejar la realidad de otros centros nacionales.

La reducción del presente estudio a las áreas no cerradas del Hospital de Clínicas puede haber limitado la estimación de los datos reales de la institución, por lo tanto los datos obtenidos y expuestos deben ser tomados como un diagnóstico de situación del período julio-agosto año 2015 para las salas de internación de áreas no cerradas del Hospital de Clínicas. Los



resultados encontrados podrían aproximarse más al descrito por la literatura internacional si se hubieran incluido pacientes de unidades de cuidados intermedios e intensivos.

Otro posible sesgo ha sido el gran porcentaje de camas desocupadas, sobretodo en el servicio de cirugía al momento de la encuesta, ya que analizando la bibliografía internacional, se encontró que la mayoría de los pacientes con CU estaban internados en servicios de cirugía, siendo una de las principales indicaciones de cateterización uretral la perioperatoria como fue analizado (17,20).

Finalmente también pudieron haber estado sesgados los resultados debido a la falta de un registro sistematizado de muchos datos, resultando la extracción de datos en algunos casos explícitos y en muchos otros por inferencia a partir de paraclínica hallada y/o evoluciones del estado clínico del paciente y en otros la imposibilidad de su registro.

A partir de lo ya expuesto, surge la necesidad de un registro de calidad, estandarizado, individual y único, que contenga en sí mismo todos los datos relativos a la CU, para potenciar de esta manera sus beneficios y oficiar como herramienta para evitar la prolongación innecesaria del CU y sus complicaciones, permitiendo además la autovigilancia del propio personal de cada servicio. Resulta además necesaria la optimización del uso del urocultivo a través de jornadas de actualización o mediante pautas institucionales que se apoyen en la evidencia y recomendaciones internacionales actualizadas, abandonando de esta manera el uso sistemático de ese estudio como método diagnóstico de infección en ausencia de signos o de síntomas clínicos.

## **CONCLUSIÓN**

El porcentaje hallado de pacientes con CU en nuestro estudio no es elevado en comparación con la literatura. Sin embargo se ha constatado en un porcentaje elevado de estos pacientes la existencia de colocación de CU sin indicación formal, así como de permanencia inadecuada. Casi en la totalidad de los pacientes con CU no se registró orden médica por escrito, efectuándose la misma de manera verbal, medio poco apropiado tratándose de un procedimiento invasivo. Se constata un uso inadecuado y excesivo del urocultivo. Surge la necesidad de pautas institucionales que ayuden al correcto uso y cumplimiento de los paquetes

de medidas destinados a la prevención de las complicaciones relacionadas al uso del CU fundamentalmente las infecciosas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Al-Qas Hanna F, Sambirska O, Iyer S, Szpunar S, Fakh MG. Clinician practice and the National Healthcare Safety Network definition for the diagnosis of catheter-associated urinary tract infection. *Am J Infect Control* [Internet]. Elsevier Inc; 2013;41(12):1173–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2013.05.024>
2. Dudeck MA, Horan TC, Peterson KD, Allen-Bridson K, Morrell G, Pollock DA, et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) Report, data summary for 2010, device-associated module. *Am J Infect Control*. Mosby; 2011;39(10):798–816.
3. Fakh MG, Shemes SP, Pena ME, Dyc N, Rey JE, Szpunar SM, et al. Urinary catheters in the emergency department: very elderly women are at high risk for unnecessary utilization. *Am J Infect Control*. Elsevier; 2010;38(9):683–8.
4. Jain P, Parada JP, David A, Smith LG. Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients. *Arch Intern Med*. American Medical Association; 1995;155(13):1425–9.
5. Saint S, Lipsky BA, Baker PD, McDonald LL, Ossenkop K. Urinary catheters: what type do men and their nurses prefer? *J Am Geriatr Soc*. 1999;47(12):1453–7.
6. 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*. *Am Coll Physicians*; 2013;159(6):401–10.
7. Zarb P, Coignard B, Griskeviciene J, Muller A, Vankerckhoven V, Weist K, et al. The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) pilot point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use. *Euro Surveill*. 2012;17(46):1–16.
8. Klevens RM, Edwards JR, Richards CL, Horan TC, Gaynes RP, Pollock DA, et al. Estimating health care-associated infections and deaths in US hospitals, 2002. *Public Health Rep*. Association of Schools of Public Health; 2007;122(2):160.
9. Magill SS, Edwards JR, Bamberg W, Beldavs ZG, Dumyati G, Kainer MA, et al. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. *N Engl J Med*. *Mass Medical Soc*; 2014;370(13):1198–208.
10. Stamm WE. Catheter-associated urinary tract infections: epidemiology, pathogenesis, and prevention. *Am J Med*. Elsevier; 1991;91(3):S65–71.

11. Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. *Int J Antimicrob Agents*. Elsevier; 2001;17(4):299–303.
12. Saint S, Chenoweth CE. Biofilms and catheter-associated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am*. Elsevier; 2003;17(2):411–32.
13. Wisely C. An initiative of the ABIM Foundation. 2012-04-12)[2012-06-07]. <http://www.choosing-wisely.org>. 2012.
14. Gould C V, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infect Control*. Cambridge Univ Press; 2010;31(04):319–20.
15. Jansen I a. V, Hopmans TEM, Wille JC, van den Broek PJ, van der Kooi TII, van Benthem BHB. Appropriate use of Indwelling Urethra Catheters in Hospitalized Patients: Results of a Multicentre Prevalence Study. *BMC Urol*. 2012;12(1):25.
16. Hooton 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* [Internet]. 2010 Mar 1 [cited 2014 Jul 11];50(5):625–63. Available from: <http://cid.oxfordjournals.org/cgi/content/long/50/5/625>
17. Tiwari MM, Charlton ME, Anderson JR, Hermsen ED, Rupp ME. American Journal of Infection Control Inappropriate use of urinary catheters : A prospective observational study. *Am J Infect Control* [Internet]. Elsevier Inc; 2012;40(1):51–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2011.03.032>
18. Arias A, Valderrama M, Parra D, Marín J, Mazo L, Montoya C. Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con infección del tracto urinario asociadas al cuidado de la salud. *Investig Educ en Enferm* [Internet]. 2012;30(1):28–34. Available from: [http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/new/cuiden/extendida.php?cdid=675775\\_1](http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/new/cuiden/extendida.php?cdid=675775_1)
19. Apisarntharak A, Rutjanawe S, Wichansawakun S, Ratanabunjerdkul H, Patthranitima P, Thongphubeth K, et al. Initial inappropriate urinary catheters use in a tertiary-care center: Incidence, risk factors, and outcomes. *Am J Infect Control*. 2007;35(9):594–9.
20. De Conterno LO, Lobo JA, Masson W. The excessive use of urinary catheters in patients hospitalized in university hospital wards. *Rev da Esc Enferm*. 2011;45(5):1087–93.
21. Pigrau C. Infecciones del tracto urinario nosocomiales. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. SEGO; 2013;31(9):614–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.11.015>
22. Raffaele G, Bianco A, Aiello M, Pavia M. Appropriateness of use of indwelling urinary tract catheters in hospitalized patients in Italy. *Infect Control*. Cambridge Univ Press; 2008;29(03):279–81.

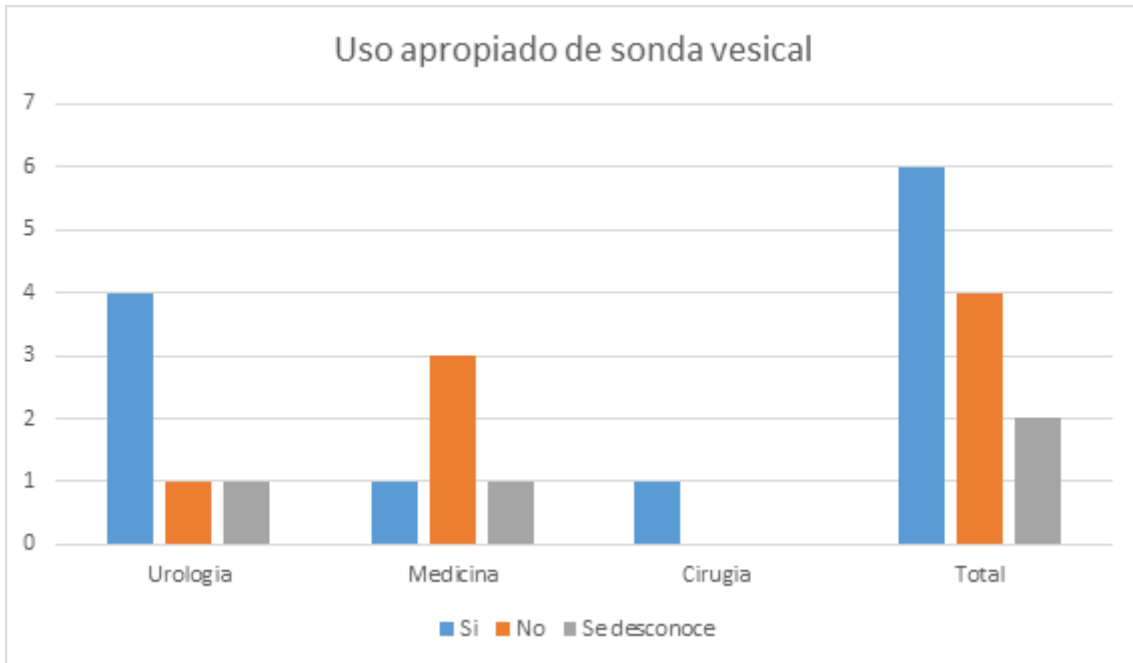
23. Tiwari MM, Charlton ME, Anderson JR, Hermsen ED, Rupp ME. Inappropriate use of urinary catheters: a prospective observational study. *Am J Infect Control*. Elsevier; 2012;40(1):51–4.
24. Fernández-Ruiz M, Calvo B, Vara R, Villar RN, Aguado JM. Inappropriate use of urinary catheters in patients admitted to medical wards in a university hospital. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. SEGO; 2013;31(8):523–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23601704>
25. Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *Jama*. American Medical Association; 2012;307(17):1801–2.
26. Grabe M, Botto H, Çek M, Naber KG, Pickard RS, Tenke P, et al. Guidelines on Urological Infections. 2013;

## **TABLAS Y GRÁFICOS**

**TABLA 1- DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS**

<b>Pacientes</b>	<b>Urología</b>	<b>Medicina</b>	<b>Cirugía</b>	<b>Total</b>
Total	31	95	32	158
Sexo Masculino	11	53	22	86
Sexo Femenino	20	42	10	72
Sin CU	25	90	31	146
Con CU	6	5	1	12
Edad (media)	56	67,4	46	59,9
Días con SV de corta duración (media)	7	14,5	4	10,4

**GRÁFICO 1- DISTRIBUCIÓN DEL USO APROPIADO E INAPROPIADO DEL CU**



**GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DEL MOTIVO DE INDICACIÓN**



**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON INDICACIÓN DE CONTINUAR CON CU**

Indicación de continuar	Urología	Medicina	Cirugía	Total
Si	2	1	0	3
No	1	3	0	4
Se desconoce	3	1	1	5
Total	6	5	1	12

**TABLA 3- USO RACIONAL DEL UROCULTIVO**

Indicación	Urología	Medicina	Cirugía	Total
Si	1	0	0	1
No	1	2	0	3
Se desconoce	3	1	0	4
Total	5	3	0	8

**ANEXOS**

**ANEXO 1**

**Indicación del CU (Dutch Working Group on Infection Prevention)**

A. Ejemplo de indicación APROPIADA de utilización de cu a permanencia
Paciente con retención aguda de orina u obstrucción de vejiga.
Necesidad de medición exacta de diuresis en pacientes críticos
Para asistir en la curación de heridas sacras o perineales en pacientes incontinentes.
Pacientes que requieren prolongada inmovilización (Ej. Paciente con trauma torácico o espinal, con injurias múltiples tales como fractura de pelvis)
Para dar confort en etapa terminal de la vida.
Uso peri-operatorio en procedimientos quirúrgicos seleccionados:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes sometidos a cirugía urológica o otras cirugías sobre estructuras contiguas al aparato urinario.</li> <li>• Cirugías que se anticipa tendrán duración prolongada (en éste caso debe ser retirada en recuperación post-anestésica)</li> <li>• Necesidad de monitoreo intra-operatorio de diuresis.</li> </ul>
B. Ejemplo de utilización INAPROPIADA de cu a permanencia
Como sustitución de los cuidados de enfermería de los pacientes o residentes con incontinencia.
Como una medida para obtener cultivo de orina u otros diagnósticos cuando el paciente puede orinar voluntariamente
Para prolongada duración posoperatoria sin una indicación apropiada (Ej. Reparación de estructura de uretra o estructuras contiguas, prolongado efecto de la anestesia epidural, etc.)

## ANEXO 2

### Consentimiento Informado

Uso del Catéter uretral en pacientes internados en cuidados moderados en el Hospital de Clínicas, Julio del 2015

Grupo de trabajo: Br. Carolina Moreira 4.393.943-4; Br. Lucía Pérez 4.270.832-3; Br. Juan Reinoso 4.798.670-4; Br. Emiliano Sansberro 4.901.784-2; Br. Andrés Schreiber 4.402.918-3; Dra. Isabel Fernández - Docente orientador; Dirección Piso 11, Hospital de Clínicas tel: 24805901

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a pacientes internados en salas abiertas del Hospital de Clínicas que tengan colocada una sonda vesical.

#### Introducción

Somos un grupo de estudiantes de 6to año de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Estamos realizando un estudio para poder describir cuantos pacientes hay con sonda, ver en cuántos de ellos estaba realmente indicada y ver las complicaciones de esta.

#### Selección de participantes

Estamos incluyendo a todos los pacientes que tengan sonda, utilizando los datos de la Historia Clínica por única vez. La información que se tome va a ser utilizada únicamente con los fines de esta investigación y no para otra cosa. La información será guardada en formato electrónico de forma confidencial, manteniéndose el anonimato de los participantes. En caso de falta de información en la Historia clínica, se entrevistará al paciente. No se le realizará ningún tipo de examen físico.

#### Propósito

Las sondas predisponen a múltiples complicaciones, dentro de estas, las infecciones urinarias son las más frecuentes y constituyen un problema a nivel mundial. Describiremos cuantos pacientes hay con sonda, veremos en cuantos estaba indicada y las complicaciones que ella conlleva. Esperamos con este estudio poder disminuir el uso innecesario de la sonda y las infecciones asociadas a ésta.

#### Participación voluntaria

Su participación de esta investigación es totalmente voluntaria, no recibirá dinero ni ningún otro tipo de beneficio. Su participación no cambia en absoluto la asistencia que reciba en el servicio.

#### Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación sobre el uso, indicaciones y complicaciones infecciosas de la sonda que se realizara en pacientes internados en salas abiertas de los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital de Clínicas. He sido informado de que se tomaran datos de mi historia clínica y de ser necesaria una entrevista a mi persona. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de no participar de la misma sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_