

SÍNDROME MICCIONAL OBSTRUCTIVO

Dr. Jose A. Queipo Zaragoza
Médico adjunto del Servicio de Urología

ETIOLOGÍA

- HBP/Cáncer de próstata (lo más frecuente)
- Coágulos Intravesicales por Tumor Vesical
- Estenosis uretral
- Prostatitis aguda
- Otras:
 - Litiasis vesical
 - Alteraciones neurológicas que afectan al vaciado vesical (Parapléjicos), etc

CLÍNICA

- Imposibilidad de micción espontánea o micción muy dificultosa y repetida (micción por rebosamiento).
- Palpación de globo vesical en hipogastrio. Se puede confirmar por Rx, ecografía o por sondaje vesical, ordenando previamente al paciente que orine.
- Anamnesis completa, investigando su historia urológica (Toma de fármacos para HBP, antecedentes de instrumentación uretral), etc.

DIAGNOSTICO

- **Hemograma** (repercusión niveles de hemoglobina-Hto)
- **Bioquímica** (U, Cr, K)
- **Sedimento orina** (suele haberpiuria por depósito).
- **Rx simple** (efecto "colección" en pelvis)
- **Ecografía** (sólo para confirmar RAO si hay dudas).

TRATAMIENTO

- Abundante ingesta hídrica vs. Fluidoterapia IV.
- Antimicrobianos si ITU asociada o piuria en el sedimento.
- Sondaje vesical permanente
- Posibilidad de administrar alfa-bloqueantes si sospecha HBP (Urolosin-ocas, omnic-ocas, unibenestan, alfaprost 5mg, carduran-neo 4mg, etc, todos 1/24h).

CRITERIOS DE INGRESO:

- Alteraciones significativas de la función renal
- ITU asociada con MEG

PROFILAXIS DE INFECCION EN EL SONDAJE VESICAL

- Lavado de genitales con agua y jabón (especialmente meato uretral), Betadine y colocación de paños estériles.
- Guantes estériles. Introducción de Lubricante urológico estéril. Sondaje Vesical.
- Si sospecha de posible actuación contaminada, administrar con prontitud profilaxis antimicrobiana (Al menos Ciprofloxacino 500 mg cada 12h, 3 días).