



Recogida de orina mediante bolsa adhesiva perineal

Rocío Alfaro Patón (HGU Gregorio Marañón. Madrid)

Rita Rocío Márquez Díaz (HGU Gregorio Marañón. Madrid)

Revisado por: Gloria Guerrero Márquez (HGU Gregorio Marañón. Madrid).

ÍNDICE DEL PROTOCOLO

1. DEFINICIÓN
2. OBJETIVOS
 - 2.1. Objetivo general
 - 2.2. Objetivos específicos
3. POBLACIÓN DIANA
 - 3.1. Indicaciones
 - 3.2. Contraindicaciones
4. PROFESIONALES IMPLICADOS
5. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO
 - 5.1. Información paciente/familia
 - 5.2. Preparación del entorno
 - 5.3. Preparación de materiales
 - 5.4. Realización de la técnica
 - 5.5. Retirada de la bolsa - obtención de la muestra
6. OBSERVACIONES
7. EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO
8. REGISTRO DEL PROCEDIMIENTO
9. ACTIVIDADES RELEVANTES CON NIVELES DE EVIDENCIA
10. BIBLIOGRAFÍA

1. DEFINICIÓN

Técnica de recogida de orina en neonatos, lactantes y niños pequeños no continentales mediante una bolsa de plástico con tira adhesiva, que se coloca en la zona perineal⁽¹⁾.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Establecer una metodología para la obtención de muestras de orina a través de bolsa colectora asegurando las mejores condiciones de asepsia para efectuar su análisis.

2.2. Objetivos específicos

- Mostrar las indicaciones y contraindicaciones del uso de la bolsa adhesiva perineal para la recogida de muestras de orina.
- Explicar la secuencia de acciones a seguir para realizar el procedimiento de la forma más segura para evitar la posible contaminación y el despegamiento de la bolsa una vez colocada.
- Fomentar la participación del paciente y la familia.

3. POBLACIÓN DIANA

3.1. Indicaciones

- Este es un procedimiento indicado en neonatos, lactantes y niños pequeños que no presentan control de esfínteres y precisen la recogida de orina con fines diagnósticos o control de diuresis.
- Los estudios que se pueden realizar mediante este método son⁽²⁾:
 - Despiñaje de infecciones urinarias.
 - Estudios analíticos básicos.
 - Estudios electrolíticos.
 - Estudio de tóxicos y sustancias de abuso
 - Estudios metabólicos.
 - Estudios de función renal que no precisen control estricto de diuresis.

3.2. Contraindicaciones

- No se debe recoger orina por este método para muestras de urocultivo dado el alto porcentaje de contaminación^(3,4).
- En pacientes con piel muy sensible, como los prematuros, o aquellos que presenten irrita-

ción o heridas en la zona, no es aconsejable el uso de bolsas adhesivas ya que podrían lesionar la piel.

- Necesidad de obtener una muestra de orina de manera inmediata.

4. PROFESIONALES IMPLICADOS

Los profesionales implicados en la realización del procedimiento son:

- Personal facultativo, el cual realiza la indicación de la colocación de la bolsa de orina.
- Enfermeros o Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Son los profesionales encargados de: la preparación y/o revisión del material necesario, realizar una correcta higiene del paciente, la colocación de la bolsa mediante una técnica lo más aséptica posible, la comprobación del correcto procesamiento de la muestra para su envío a laboratorio o su análisis en la propia unidad mediante tira reactiva, y del control de diuresis en caso necesario

5. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

5.1. Información paciente/familia

Compruebe que es el paciente correcto verificando en la pulsera de identificación los datos de filiación del registro del niño en el servicio de admisión, y confirmando con los padres/cuidadores la identidad del niño.

Se debe explicar el procedimiento a los progenitores. Si fuera posible, se debe adaptar la comunicación a la comprensión del paciente.

Esto tiene como objetivo el reducir la ansiedad y el miedo al procedimiento, así como resolver las posibles dudas o inquietudes que pudieran surgir.

5.2. Preparación del entorno

Si el estado clínico del paciente lo permite, y está disponible en la unidad, lo ideal es llevar al niño a una sala de procedimientos decorada con dibujos o colores agradables para disminuir la ansiedad que puede generar un entorno lleno de material y equipamiento técnico.

Intente crear un ambiente tranquilo, con control de la intensidad lumínica, del ruido y de la temperatura de la sala.

Inicie medidas de distracción apropiadas a la edad del niño y a su situación clínica y asegúrese de que se mantienen en la medida de lo posible mientras dure el procedimiento.

Los padres deben estar presentes, salvo situación excepcional, para ayudar a los niños a afrontar el procedimiento. Para ello proporcione instrucciones claras sobre el papel que se espera que realicen durante la realización del procedimiento. Estas instrucciones deben estar enfocadas a tranquilizar al niño y disminuir el estrés durante la realización del procedimiento, indíqueles que pueden continuar con las medidas de distracción iniciadas por el profesional de enfermería (por ejemplo: ponerle un vídeo que le guste, contar un cuento, cantarle una canción, etc.).

Debe preservarse en todo momento la intimidad del paciente.

5.3. Preparación de materiales

La preparación del material que se va a utilizar debe realizarse, en la medida de lo posible, fuera de la vista del niño para disminuir la ansiedad anticipatoria.

- Contenedor estéril.
- Agua.
- Jabón.
- Esponja o toallitas de celulosa.
- Guantes desechables.
- Gasas estériles.
- Agua estéril.
- Bolsa adhesiva perineal abierta o cerrada.
- Jeringa.
- Aguja en caso de disponer de bolsa cerrada.

5.4. Realización de la técnica

- Compruebe antes de la colocación de la bolsa que el niño no es alérgico a alguno de los materiales que se van a utilizar durante el procedimiento.
- Lavado y secado de manos. Colocación de guantes no estériles.
- Colocar al niño en decúbito supino, si es niña en posición ginecológica.
- Realizar un lavado exhaustivo de la zona genital con agua y jabón; en el niño retirando el prepucio hacia atrás sin forzar, en la niña separando los labios y haciéndolo de arriba a abajo.

- Aclarar con agua estéril y secado con gasas estériles⁽²⁾.
- Separar las piernas del niño/a con el fin de alisar los pliegues de la piel.
- Retirar la parte inferior del papel protector de la bolsa.
- En niñas: aplicar la bolsa sin tocar la zona de pegado o el interior para evitar contaminaciones, centrando la abertura entre los labios, colocando la parte inferior de la bolsa en el periné de forma que quede centrado sobre el meato urinario. Presionar para que quede bien pegada¹.
- En niños: aplicar la bolsa sin tocar la zona de pegado o el interior para evitar contaminaciones. Introducir el pene por el orificio de la bolsa y presionar para que quede bien pegada⁽¹⁾.
- Colocar al niño semiincorporado o en brazos de sus padres, si es posible y la situación clínica lo permite, con el fin de facilitar el flujo de orina hacia la bolsa

5.5. Retirada de la bolsa - obtención de la muestra

- Una vez obtenida la orina necesaria, si la bolsa es cerrada, se despegará con suavidad y se extraerá el contenido con una aguja y jeringa estériles a través de la abertura de la bolsa.
- Si se trata de una bolsa abierta, se vaciará el contenido con una jeringa estéril por el orificio situado en su base.
- Depositar la orina en el contenedor estéril.
- Cerrar el recipiente evitando contaminaciones accidentales.
- Etiquetado de la muestra asegurándose que pertenece al paciente y al estudio correcto.
- Enviar la muestra al laboratorio con la petición correspondiente.
- Recogida del material utilizado.
- Lavado de manos.

6. OBSERVACIONES

La correcta realización de la técnica no asegura la validez de los resultados dado el alto porcentaje de falsos positivos que se producen. Sin embargo, al ser una de las técnicas para la recogida de orina en lactantes y niños incontinentes más utilizadas en nuestro entorno, resulta de gran interés la protocolización de la misma⁽³⁾.

Tabla 1. Actividades relevantes con niveles de evidencia

Actividad	Grado de recomendación	Nivel de evidencia
Realizar una correcta higiene de manos, bien lavándolas con un jabón antiséptico o bien con soluciones hidroalcohólicas	A	I
El uso de guantes no excluye el lavado de manos	A	I
En niños continentales la muestra de orina para urocultivo se debe recoger por micción espontánea.	A	I
En niños no continentales la muestra de orina para urocultivo se debe recoger mediante sondaje vesical, pudiendo optar por punción suprapúbica en neonatos y lactantes pequeños	B	II
No se debe enviar para urocultivo una muestra recogida mediante bolsa adhesiva	A	I

7. EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO

Se debe informar a los padres de que la mejor posición para el paciente es semiincorporado, de forma que se facilite el flujo hacia la bolsa. Así mismo, recordar la necesidad de animarle a la ingesta de líquidos si la situación clínica del paciente lo permite.

Educar a los padres para que intenten que el niño, en la medida de lo posible, no deambule ni abra o haga movimientos bruscos de piernas para evitar el despegamiento accidental de la bolsa y la pérdida de orina.

Enseñarles como vigilar si el niño ha realizado micción para recoger la muestra lo antes posible⁽²⁾.

Las últimas recomendaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, basadas en el estudio de Lorente Romero et al., no recomiendan el cambio de bolsa de orina y la limpieza de periné a intervalos regulares⁽⁵⁾.

El protocolo de cada centro deberá indicar si son los padres los que deben avisar si no se ha producido micción tras un tiempo determinado, o es el enfermero o TCAE el que se encargará de volver a llamarles transcurrido dicho tiempo y las acciones a seguir en ese caso.

8. REGISTRO DEL PROCEDIMIENTO

Documente el procedimiento en la hoja de cuidados o en el registro electrónico de enfermería. Los datos que debe incluir son:

- El motivo por el cual el paciente requiere la colocación de una bolsa colectora de orina.
- Fecha y hora de colocación de la bolsa colectora.
- Estado de la piel antes de su colocación.
- La hora de cada nueva colocación de bolsa que requiera el paciente debido a retiradas accidentales.
- En caso de que el paciente no esté en dieta oral absoluta y el paciente esté bebiendo, el tipo de líquido o alimento (p. ej., lactancia materna o fórmula adaptada) con el que se está intentando forzar la diuresis.
- Hora de obtención de la muestra de orina y del procesamiento de la muestra.
- Resultados obtenidos si se realiza tira analítica en el servicio de urgencias.
- Estado de la piel perineal tras la retirada de la bolsa colectora.

9. ACTIVIDADES RELEVANTES CON NIVELES DE EVIDENCIA

Ver Tabla 1.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Pascual Fernández C, Ignacio Cerro C. Bolsa colectora de orina. En: Adrián Gutiérrez J, Guerrero-Márquez G, Jiménez García R, Míguez-Navarro C, Moreno Díaz J, Palacios Cuesta A, et al. (eds). Manual de Técnicas y procedimientos en Urgencias de Pediatría para enfermería y medicina. Madrid: Ergon; 2011. p. 201-4.

2. Mena Moreno C, Collado Gómez R, Bellón Elipe MI. Extracción de Muestras de Orina [Internet]. Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales; 2016. Disponible en: <https://ajibarra.org/D/post/extracion-de-muestras-de-orina/>
3. Ochoa Sangrador C, Pascual Terrazas A. Revisión sistemática de la validez de los urocultivos recogidos con bolsa estéril perineal. *An Pediatr.* 2016;84(2):97-105.
4. Piñeiro Pérez R, Cilleruelo Ortega MJ, Ares Álvarez J, Baquero-Artigao F, Silva Rico JC, Velasco Zúñiga R, et al. Recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria. *An Pediatr.* 2019;90(6):400.e1-400.e9.
5. Lorente Romero J, Marañón R, Jové Blanco A. Obtención de muestra de orina a través de bolsa perineal sin recambio: análisis de la tasa de contaminación. *An Pediatr.* 2021;94(4):272-3.