

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE PUNCIÓN SUPRAPÚBICA NEONATAL

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad de atención del recién nacido con sospecha de infección del tracto urinario mediante la estandarización del procedimiento médico de Punción Supra púbrica 88121 Citopatología, hibridización in situ (p. ej. FISH), muestra de tracto urinario on análisis morfométrico, 3-5 pruebas moleculares, cada muestra; empleando tecnología asistida por computadora

II. OBJETIVO

Estandarizar el procedimiento médico para la toma de muestra de orina en el recién nacido, mediante la Técnica de Punción Suprapúbica

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Instituto Nacional Materno Perinatal – Servicios de Hospitalización del Departamento de Neonatología. Todo neonato hospitalizado con sospecha de Infección Urinaria en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Procedimiento Punción Suprapúbica neonatal con código CIE 10 P 36 y código CPMS 88121 Citopatología, hibridización in situ (p. ej. FISH), muestra de tracto urinario on análisis morfométrico, 3-5 pruebas moleculares, cada muestra; empleando tecnología asistida por computadora

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. CONCEPTO

Es una Técnica Invasiva que consiste en la aspiración directa de orina de la vejiga (localización intraabdominal) mediante una Punción Suprapúbica (PSP), pues evita su paso por la uretra y es la mejor técnica para obtener muestras de orina no contaminadas en neonatos. Tener en cuenta su invasividad y potenciales complicaciones.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. Puede ser aplicada mediante dos tipos de Técnicas:

6.1.1. PUNCIÓN SUPRAPÚBICA A CIEGAS

La punción suprapúbica (PSP) a ciegas es una técnica invasiva ampliamente aceptada para la obtención de muestras de orina estéril en lactantes y/o neonatos con sospecha de infección urinaria.

6.1.2. PUNCIÓN SUPRAPÚBICA CON GUÍA ECOGRÁFICA

La punción suprapúbica (PSP) con Guía Ecográfica es también una técnica invasiva ampliamente aceptada para la obtención de muestras de orina estéril en lactantes y/o neonatos con sospecha de infección urinaria, pero con la ayuda de un Ecógrafo con transductor lineal pediátrico en el procedimiento, y permite mejorar su rendimiento.

6.2. INDICACIONES

Obtención de una muestra de orina para su análisis y cultivo en condiciones estériles en neonatos, cuando :

- El cuadro clínico no admite demorar el tratamiento.
- Hay riesgo de contaminación (gastroenteritis, vaginitis, uretritis, balanitis, dermatitis perineal),
- Existen resultados previos equívocos, o
- No es posible el sondaje vesical por fimosis grave, anomalías de uretra o de vulva o sinequias.

6.3. CONTRAINDICACIONES

1. Vejiga vacía. No realizar una punción suprapúbica si el neonato no ha orinado en la hora anterior a la toma de muestra.
2. Infección de la piel en el sitio de la punción
3. Grandes visceromegalias.
4. Anomalías congénitas del tracto intestinal y/o genitourinarias graves.
5. Alteraciones de la coagulación o trombopenia.
6. Deshidratación grave.
7. Distensión abdominal.
8. Cirugía abdominal reciente

6.4. PERSONAL RESPONSABLE

Médico Pediatra.
Médico Neonatólogo.

6.5. MATERIAL Y EQUIPO

- Guantes estériles: 6", 6 ½", 7", 7 ½" u 8"
- Solución Antiséptica (Clorhexidina al 0.5%)
- Aguja N° 23 x 1" Jeringa de 3 cm ó de 5 cc.
- Gasas estériles.
- Campos Estériles.

6.6. PROCEDIMIENTO

1. Lavado de manos clínico.

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

2. Confirmar que existe orina en vejiga por palpación o por Ecografía Vesical. Es preferible realizar la punción a los 20 minutos de una toma o tras una hora sin micción.
3. Colocar al recién nacido en posición supina. Un asistente debe sostener las piernas en posición de rana.
4. Localizar el sitio de la punción vesical, que debe estar aproximadamente a 0.5 cm por encima de la sínfisis pubiana y en la línea media del abdomen inferior. Asegúrese de que no haya ocurrido una micción en la hora previa, de manera que haya suficiente orina en la vejiga para poder realizar una adecuada recolección.
5. Colocarse los guantes estériles y limpiar la piel en el sitio de la punción con solución de clorhexidina al 0.5%, luego colocar los campos estériles.
6. Si se usa la Técnica a Ciegas de debe palpar la sínfisis pubiana e insertar la aguja aproximadamente a 0.5 cm por encima de la sínfisis en un ángulo de 90 grados.
7. Si se usa la ayuda ecográfica se debe colocar primero el transductor lineal sobre la sínfisis púbica para ubicar mejor la vejiga y luego e insertar la aguja N°23 también aproximadamente a 0.5 cm por encima de la sínfisis en un ángulo de 90 grados.
8. En ambos casos se debe avanzar la aguja y realizar simultáneamente la aspiración. No introduzca más la aguja una vez que observe orina en la jeringa. Esto ayuda a prevenir la perforación de la pared posterior de la vejiga.
9. Retirar la aguja y mantener una presión sobre el sitio de la punción.
10. Colocar un tapón estéril en la jeringa o transferir la muestra a un tubo o frasco estéril para orina y enviarla de inmediato al laboratorio para el análisis de orina.
11. Volumen Mínimo de la Muestra: Se requiere un volumen de orina entre 3 a 5 ml.
12. Transporte de la muestra de Orina: La orina debe llegar al laboratorio en un plazo máximo de una hora. Cuando esto no sea posible debe refrigerarse a 4°C durante un tiempo máximo de 12 horas.

6.7. COMPLICACIONES

- Hemorragia local: Hematuria Transitoria
- Infección local.
- Perforación Intestinal.
- Perforación de la pared posterior de la vejiga.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. S Božičnik 1, A Díez Recinos, M C Moreno Cantó, S Pavlovič, F García-Muñoz Rodrigo. Ultrasound-guided suprapubic bladder aspiration increases the success of the technique in infants less than 4 months-old *An Pediatr (Barc)*. 2013 May;78(5):321-5. doi: 10.1016/j.anpedi.2012.09.004. Epub 2012 Oct 22
2. Roberts WB. Procedures. Suprapubic bladder aspiration. En: Siberry GK, Iannone R, editors. *The Harriet Lane Handbook*. The Johns Hopkins Hospital. 15th ed. Mosby, 2000; p. 63-4 *An Pediatr Contin* 2003;1(2):97-100.
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Infección del Tracto Urinario en la Población Pediátrica. Guía de Práctica Clínica sobre Infección del Tracto Urinario en la Población Pediátrica. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Guías de Práctica Clínica en el SNS.2011;I+CN N°2009/01.
4. Hernán Gómez Vázquez S, Oñoro G, De La Torre Espí M, Martín Díaz MJ, Novoa-Carballal R, Molina Cabañero JC. Complicaciones del cateterismo vesical realizado en un servicio de urgencias para obtener una muestra de orina. *An Pediatr*. 2011;75(4):253-8
5. González Rodríguez JD, Rodríguez Fernández LM. Infección de Vías Urinarias en la infancia. *Protoc diagn ter pediatr [Internet]*. 2014;1(1):91-108.
6. Robinson JL, Le Saux N. Management of urinary tract infections in children in an era of increasing antimicrobial resistance. *Expert Rev Anti Infect Ther [Internet]*. 2016;14(9):809-16.
7. Swerkersson S, Jodal U, Åhrén C, Sixt R, Stokland E, Hansson S. Urinary tract infection in infants: the significance of low bacterial count. *Pediatr Nephrol*. 2016;31(2):239-45.
8. Recomendaciones sobre diagnóstico, manejo y estudio de la infección del tracto urinario en pediatría. Rama de Nefrología de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Rev. chil. pediatra*. vol.91 no.2 Santiago abr. 2020