

TETRA-PARAPLEGIA: vejiga e intestino neurógenos

-VEJIGA NEURÓGENA:

- Necesario “**Urodinamia**” para conocer :
 - .presiones del detrusor
 - .presión ureteral
 - .disinergia vesico-esfinteriana

Reeducación vesical:

El paciente debe tener una ingesta total (oral + sueros si precisa) de 1500 cc/día (valorar en países muy calurosos...)

-Se hace **Cateterismo Intermitente** (CI) cada 6 horas:

Volumen residual (lo que se obtiene al sondar) debe ser <500 cc., cada 6 horas

.Si >500 cc. restricción hídrica o aumentar número de CI (que no se distienda la vejiga)

La orina puede salir por rebosamiento? o por percusión? Y encontrarnos con:

.Si entre 200-500 cc, en cada sondaje mantener CI cada 6 horas

.Si entre 150-200 cc. en cada sondaje CI cada 8 horas

.Si cerca de 150 cc. en cada sondaje CI cada 12 horas

.Si algo más de 100 cc. en cada sondaje CI cada 24 horas

.Si < 100 cc. suspender CI. Valorar si es correcto con Cateterismo 1 vez por semana, durante 2-3 semanas y luego suspender cateterismo. Hacer un cateterismo cada ¿6 semanas? para ver si sigue en <100 cc el residuo.

Con “urodinamia” se controla que las presiones en tracto urinario inferior (vésico-ureteral) no son elevadas. Si son elevadas **tratamiento Farmacológico**.

Si se mantienen presiones altas, **riesgo de Hidronefrosis**.

-**Si no se dispone de “urodinamia”**, al no controlar las presiones, si se hace CI existe un gran riesgo de Hidronefrosis.

Por ello preferible el **sondaje vesical permanente abierto** de por vida. Cambio de sonda cada 3 semanas, si son sondas normales. Si son sondas siliconadas, se pueden mantener 6 semanas. De hecho la caja de las sondas, indica cada cuanto deben cambiarse. Si hay vejiga Hiperactiva con presiones altas (se puede comprobar con Manometría vesical), además de la sonda vesical permanente abierta, puede beneficiar de anticolinérgicos como la Oxibotunina oral.

También cambiar la sonda si aparece **Infección de orina** y además antibioterapia.

Signos y síntomas de **Infección de orina**: fiebre, hematuria, mal olor de orina, orina turbia y con mucho sedimento..

INTESTINO NEURÓGENO:

Durante la fase de Shock medular: dieta absoluta y alimentación parenteral.

Una vez que sale del Shock, hay que conseguir la deposición cada 1-2 días y para ello se empieza con:

1.- Laxante rectal durante toda la vida:

.Glicerina: 1-2 supositorios diarios. Si no va bien ¿cambiar o añadir?

Dulcolaxo 1 supositorio en días alternos

2.-añadir a lo anterior si hace falta

.Por heces duras: Duphalac (No en diabéticos) 1-3 sobres por vía oral al día o si no Emportal ¿cuanto?

.Si no va bien añadir:

Fibra salvao de avena o trigo 1 cucharada 3 veces al día
o bien Plantaben 1 sobre al día

.Si no va bien se añade:

Laxante oral: Movicol 1 sobre al día de mantenimiento (si fecaloma 3 sobres en 1 hora) o bien Magnesia San Pelegrina 1 cada 12 horas

. Si no va bien se añade:

Enema rectal: tener precaución en Tetraplégicos y Paraplégicos altos hasta D3, de que al meter el enema, por distensión de ampolla rectal, no haga **Disreflexia**

Disreflexia: cuadro con HTA, sudoración, bradicardia....que se produce por distensión de ampolla rectal, vejiga...

Cambiar sonda urinaria si está obstruida, retirar el enema.. y dar Capotén sublingual para bajar TA.

REHABILITACIÓN SEXUAL:

.Viagra o Cialix por vía oral (valorar Cardiopatía isquémica, Hipotensión arterial, tratamiento con hipotensores...) o

.Inyección de Caverject en glande. Debe existir posibilidad de control por Urólogo

.Si no se desea embarazo, usar Preservativo