

Protocolo de autosondaje vesical intermitente limpio en hombres con sondas hidrofílicas

PALABRAS CLAVE UTILIZADAS

Injury spinal cord. Vejiga neurogénica. Lesionado medular. Sondaje vesical intermitente. Sondaje paraplejia. Disfunción vesical.

Introducción

A los pacientes con volúmenes postmicciones elevados durante muchos años se les han tratado con sondajes vesicales permanentes, cistostomías suprapúbicas, esfinterotomías o derivaciones urinarias; para evitar infecciones, litiasis, etc.

Fue en 1844 Stromeyer quien describe por primera vez el sondaje vesical periódico, regular y frecuente para evacuar el volumen residual. Durante la Segunda Guerra Mundial se aplicó en el tratamiento de la vejiga neurógena de los adultos con traumatismo medular. Pero el mérito de aplicar el concepto de autosondaje intermitente limpio a grandes grupos de pacientes se debe al urólogo Lapedes en la década de los 70, demostrando la eficiencia e inocuidad a largo plazo de esta modalidad terapéutica frente a tratamientos utilizados hasta entonces.

Hoy día en Europa la terapia de elección para pacientes con residuo urinario causado por: vejiga neurógena, retención urinaria o disinergia vesico-esfinteriana; es la técnica del sondaje vesical intermitente limpio.

¿Qué es el sondaje vesical intermitente limpio? Consiste en la introducción de una sonda a través de la uretra para vaciar la vejiga, hoy día tenemos sondas prelubricadas de baja fricción (hidrofilias). La frecuencia del sondaje depende del volumen de orina diario y la capacidad de la vejiga. La media es de 3 a 4 son-

dajes diarios. Son el médico o el enfermero/a los que determinan el número de sondajes.

Esta técnica lleva realizándose desde el año 1949. En el año 1972 en la revista J.Urol, Lapedes propone que en vez de utilizar una técnica estéril para el sondaje intermitente limpio (S.I.L.) el paciente realice el auto sondaje previa higiene de las manos y se introduzca la sonda a mano limpia. O sea sin guantes ni paños estériles.

Su éxito fue tal que aun sigue vigente. Si bien se considera que la más utilizada en el ámbito extrahospitalario es el S.I.L., se recomienda que en el ámbito hospitalario se utilice el sondaje intermitente aséptico (S.I.A.). En algunos centros el equipo de enfermería se dedica exclusivamente a realizar los sondajes intermitentes.

Objetivos

- Vaciar completamente la vejiga.
- Disminuir o evitar las infecciones de orina.
- Reducir la estenosis y falsas vías.
- Aumentar la autonomía del paciente.

Con el autosondaje vesical limpio se disminuye la frecuencia de la infección urinaria mediante dos mecanismos: uno evita la sobre distensión vesical y por otro vaciar regularmente la vejiga.

Está demostrado que la sobredistensión de la vejiga produce una disminución de la circulación sanguínea de la pared vesical, haciéndola más susceptible a la invasión de microorganismos y dando lugar a la infección urinaria. Con el vaciamiento regular de la vejiga se logra la reducción del número de infecciones si se realiza con una frecuencia superior a la del crecimiento de las bacterias.

Un buen nivel de conocimiento y adiestramiento en el autocuidado y manejo de la técnica aumenta la confianza del paciente permitiéndole realizar sus acti-

*Unidad Cateterismo Urológico. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

**Enfermera EPES. Málaga

***Matrona. Quirófano Ginecología Hospital Carlos Haya.

vidades normales, contribuyendo por tanto a aumentar su calidad de vida. Cuando el paciente es incapaz de realizarlo por causas físicas o psíquicas, se darán estos conocimientos al cuidador.

Protocolo de actuación

¿Dónde se realiza este tipo de sondaje? Se realiza en un lugar extra-hospitalario y la técnica se basa en:



- Lavado con agua y jabón de las manos.
- Correcto aseo de genitales.
- Cualquier persona adiestrada correctamente puede realizarlo.


Posición para el sondaje. Cada persona determina cual es la postura más cómoda teniendo en cuenta sus limitaciones físicas.


Material a utilizar:

- Sonda prelubricada del calibre apropiado.
- Gasas.
- Jabón.
- Bolsa de orina o recipiente para recoger y medir la orina.

Técnica del autosondaje en el hombre:

1. Lavado de manos con agua y jabón, se evita la transmisión de bacterias de las manos hacia la sonda.
2. Abrir la parte superior del envase de la sonda (5cm); sujetar el envase mediante el punto adhesivo, para tener las manos libres.
3. Lavado del pene con agua y jabón, limpiando la zona del meato, a continuación lavado del pubis y por ultimo la zona anal de delante hacia atrás y desde dentro hacia fuera, secándola zona en el mismo orden. Volver a lavarse las manos de nuevo. 
4. Posición de Sentado: Sujetar el pene hacia arriba, para que la uretra esté recta. Si se utiliza una sonda punta Tiemann (curva) introducir la sonda con la punta hacia arriba. 

5. Retirar la sonda del envase. Unos 5cm por debajo del conector, la sonda no tiene lubricación esto facilita la sujeción de esta. 

6. De forma suave introducir la sonda por la uretra hasta que llegue a la vejiga; es posible notar una leve resistencia al llegar al esfínter, continuar introduciendo la sonda suavemente.
7. Colocar el pene en su posición normal hacia abajo cuando la orina empieza a salir. 
8. Cuando termina de salir la orina retirar la sonda de forma suave y lenta.
9. Para desechar la sonda introducirla en una bolsa y tirarla a la basura.
10. Lavarse las manos con agua y jabón.

¿Qué se debe Controlar?

- Fiebre.
- Dolor en la zona renal.
- Dolor durante la micción.
- Orina de olor fuerte.
- Orina de color turbio.
- Aumento de la incontinencia.
- Aumento de la espasticidad.
- Malestar general.
- Alteraciones en las frecuencias miccionales.

Si aparecen cualquiera de estos síntomas, es muy probable que se esté desencadenando una infección en el tacto urinario; por lo que es necesario consultar con el médico o enfermero/a responsable para establecer el tratamiento más adecuado.

¿Qué hacer sino se puede introducir la sonda? Si lo ha intentado y no es posible, no debe preocuparse, no se ponga nervioso. Debe relajarse antes de intentarlo de nuevo. Si continua sin poder introducir la sonda, se debe de poner en contacto con su enfermero/a.

¿Qué hacer sino se puede retirar la sonda? No ponerse nervioso intentar permanecer tranquilo, relajarse durante 5 ó 10 minutos e intentarlo de nuevo. El

toser también ayuda a relajar los músculos. Si a pesar de estos intentos la sonda no se puede retirar, se debe acudir a la ayuda de un profesional inmediatamente.

¿Cuánto líquido se debe beber? Se debe beber al menos 6 u 8 vasos de líquido al día. No se debe tomar demasiado café o té, así se evita estrés en la vejiga.

¿El auto sondaje intermitente afecta a la vida sexual? Sin lugar a dudas el autosondaje intermitente cambia la vida sexual de una manera muy positiva. Se pueden mantener relaciones sexuales sin miedo a pérdidas de orina o molestias.

¿Si hay sangre en la sonda? A veces pueden aparecer restos de sangre en la sonda que desaparece a los pocos días. Por lo que no hay que preocuparse. Si esta continua o aumenta, se debe poner en contacto con su médico o enfermero/a; esto puede indicar una infección de orina.

Conclusiones

Ventajas del autosondaje:

- Método simple.
- Eficaz contra la infección.
- Protege el aparato urinario.
- Puede ser una solución para la incontinencia urinaria por retención.

La incontinencia urinaria ocasiona distintas respuestas emocionales. Sentir que se controlan estas respuestas supone mejorar las relaciones sociales y personales, pudiéndose afrontar los propios sentimientos y los de los demás. El proceso de aprendizaje puede ocasionar ansiedad y estrés. Pasar el relevo y la responsabilidad del sondaje a la persona afectada no es tarea fácil pero tampoco complicada. Con paciencia y dedicación se consigue. Es muy importante contar con el apoyo de la familia, así mismo como de los profesionales de la salud, cuya colaboración es importante en la transición.

No cabe la menor duda que cualquier tratamiento o dispositivo que elimine o ayude a controlar la incontinencia permitirá paliar el problema, mejorando los aspectos tanto psíquicos como físicos. Con lo que conseguiremos una mejor calidad de vida y una mejor integración social de la persona afectada.

Al crear un ritmo de llenado y vaciado se ayuda a la recuperación de la actividad refleja vesical. Si se han producido episodios de incontinencia urinaria en el pasado, con el autosondaje intermitente se reducirá sustancialmente este problema.

Bibliografía

1. Principales factores de riesgo de infección del tracto urinario (I. T. U.) en pacientes hospitalizados: Propuesta de mejora. Cristiane Pavanello. R Silva, Silva. Helena Frota Mendonca, Celice Romero Aquino, Ariane Ferreira Soares da Silva, Joely Liza Malacchia, Andréa Campos Canesin, Francisco Ferreira Ribero, Sandra De Almeida. Revista Enfermería Global N°15 febrero 2009.
2. Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. Am Fam Physician.2008; 77; 643-650. Actualizado: 8/30/2009. Version en ingles revisada por: Louis S. Liou, MD, PhD, Assistant Professor of Urology, Department of Surgery, Boston University School of Medicine. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M. , Inc. Traducción y localización realizada por Dr. Tango Inc.
3. Prevalencia de síntomas del tracto urinario inferior en pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva. Manejo del paciente en la práctica clínica habitual. Salvador Arlandis Guzmán. María Justa García Matres. Diego González Segura. Pablo Rebollo. Actas Urol Esp.2009;33:902-8.
4. Auto sondaje Intermitente Limpio. III Congreso Nacional de Enfermería Socio Sanitaria Benito A. Soriano Guzmán Málaga Junio 2007.
5. Diversidad de la aplicación del Cate-terismo intermitente. Por DUE: Aquino Olivera M. Díaz Malaver A. García Alonso B. Llorente Pérez M. Utrera Oviedo M. Zamora I. revista lesionado medular.com 16-4-2004.
6. Grupo de enuresis en el Centro de Salud Mental de Fuenlabrada. Myriam Rubio. 1-10-2003. Revista Nure Investigación N° 1.
7. Windaale JJ. Intermittent catheteriza-tion: wich is the optimal technique. Spi-nal Cord 2002.Vol 40; 9:432-437.
8. P. López Pereira, M.J. Martínez, L. Lo-bato, S. Rivas, E. Jaureguizar Monero. Estudio comparativo del grado de sa-tisfacción del paciente en cateterismo intermitente con el uso de las sondas Lofric y las de cloruro de polivinilo. Ac-tas Urol Esp. 25 (10): 725-730. 2001.
9. Esclarin A. de Pinto A. Manual La Le-sión medular, vejiga e intestino. Edita-do por Coloplast Productos Médicos. S.A. 2001. Madrid.
10. Unidad del Lesionado Medular. Hospi-tal Asepeyo Coslada. Madrid. Manual Enfermería y lesionada Medular.2001. Editado por la Mutua de Accidentes de trabajo Asepeyo.
11. Lundgren J, Bengtsson O, Israelsson A, Jonsson Ac, Lindh As, Utas J: The importance of osmolaty for intermittent catheterization of the urethra. Spial Cord 2000; 38: 45-50.
12. Guía clínica de enfermería. Técnicas y Procedimientos Básicos. Griffin Perry-Patricia A. Potter 3ª edición 1995.